

Aus der Frauenklinik
DRK – Kliniken Westend
Deutsches Rotes Kreuz Schwesternschaft Berlin
Akademisches Lehrkrankenhaus der Humboldt-Universität zu Berlin

DISSERTATION

**Die emotionale Verarbeitung und
Akzeptanz
des medikamentösen
Schwangerschaftsabbruches
mit Mifepriston (Mifegyne®)**

Zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät Charité
der Humboldt-Universität zu Berlin

Anke Hemmerling
aus Brandenburg

Dekan: Prof. Dr. med. Joachim W. Dudenhausen

Prof. Dr. med. Heribert Kentenich

Prof. Dr. med. Manfred Stauber

Prof. Dr. med. Jens-Uwe Blohmer

Datum der Promotion: 19. Mai 2003

Zusammenfassung

Einleitung: Nach einer kontrovers diskutierten Einführung von Mifepriston im Jahre 1999 in Deutschland weisen niedrige Anwendungszahlen auf eine zögerliche Etablierung hin. Aufgrund der aktiven Einbeziehung der Frau in die Durchführung des Schwangerschaftsabbruches wird oft eine erschwerte emotionale Verarbeitung vermutet. Wir untersuchten die psychische Belastung vor und nach medikamentösem und chirurgischem Abbruch. Methoden: 147 Frauen mit medikamentösen und 72 Frauen mit chirurgischem Abbruch wurden vor und vier Wochen nach dem Eingriff befragt. Neben demographischen Aspekten, Beweggründen, Kriterien der Methodenauswahl und medizinischen Details wurden die deutsche Fassung der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) und der Impact of Event Scale (IES) verwendet. Ergebnisse: Die demographischen Angaben zeigten keine Unterschiede zwischen den Anwenderinnen beider Methoden. Bei einem Vergleich der Ergebnisse der HADS vor und vier Wochen nach dem Abbruch zeigte sich ein signifikanter Abfall der Werte für Angst und Depression bei beiden Methoden. Die Anwenderinnen von Mifepriston wiesen jedoch deutlich seltener erhöhte Angstwerte vor dem Eingriff auf. Vier Wochen später zeigten die Werte für Angst und Depression keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Verfahren mehr. In der IES wurde ein geringeres Ausmaß von erlebter Intrusion und Vermeidungshaltung bei den Frauen der medikamentösen Methode gefunden. Im Vergleich deutlich stärker waren die Blutungen, Schmerzen und Nebenwirkungen bei der Anwendung von Mifepriston. Dieses hatte jedoch weder einen negativen Einfluss auf die psychische Verarbeitung noch auf die hohe Akzeptanz der Methode. Eine überwältigende Mehrheit der Frauen beider Methoden schätzte es als außerordentlich wichtig ein, zwischen verschiedenen Methoden wählen zu können. In einer hypothetischen Zukunftssituation würden sich 80,3 % der Frauen nach medikamentöser Methode und 62,9 % der Frauen nach chirurgischer Methode wieder für die gleiche Methode entscheiden. Schlussfolgerung: Unsere Untersuchung belegt die in anderen Studien allgemein geteilte Auffassung, dass die Beendigung einer ungewollten Schwangerschaft unabhängig von der durch die Frau gewählten Methode eine positive erste Konfliktlösung bedeutet. Die positiven Ergebnisse der psychischen Verarbeitung und die hohe Zufriedenheit der Anwenderinnen unterstreichen die Notwendigkeit einer Aufrechterhaltung der Auswahlmöglichkeit zwischen verschiedenen Methoden zur Schwangerschaftsbeendigung und einer verbesserten Zugänglichkeit zur medikamentösen Methode mit Mifepriston in Deutschland.

Medikamentöser Schwangerschaftsabbruch, Mifepristone, Mifegyne, Emotionale Verarbeitung, Psychische Belastung, HADS, IES

Summary

Introduction: After a controversial introduction of medical abortion with mifepristone in 1999 this method is still not widely available in Germany. Because of the active participatory role of the women many doctors fear a higher rate of psychological sequelae after an abortion with mifepristone. In our study we compared the coping process of women who chose the medical procedure to terminate an unwanted pregnancy with others who opted for surgical abortion.

Methodology: Women were asked before and four weeks after the procedure to complete a questionnaire covering demographic data, motivation, medical details and social support. Additionally, the women completed the German Version of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and the Impact of Event Scale (IES). The following evaluation compares the data of 147 women who chose medical abortion with the results of 72 women who preferred a surgical abortion. Results: No significant differences were found for the demographic background of the women using the two different methods. Comparing data before and a month after the abortion, our study shows a significant decline of both anxiety and depression for both methods. Women using the abortion with mifepristone showed significantly lower entrance levels on the anxiety subscale than the surgical group. There were no significant differences in post-abortion anxiety and depression levels. For the IES, women choosing medical abortion scored significantly lower on the intrusion and avoidance subscales than the women opting for surgical abortion. Women using mifepristone experienced significantly more bleeding, pain and other side effects. However, these side effects did neither show a negative influence on the psychological coping nor on the high acceptability of mifepristone. An overwhelming majority of women in both groups evaluated choosing between different abortion methods as being highly important to them. 80,3 % of the women after medical abortion with mifepristone and 62,9 % of the women after surgical abortion would chose the same method again. Conclusions: Our study supports the consensus view that termination of an unwanted pregnancy is a positive first solution to the conflict, regardless of the chosen method. The positive outcome and high satisfaction levels among the participants illustrate the importance of an ongoing and improved accessibility of medical abortion for women in Germany.

Medical abortion, Mifepristone, Coping, Acceptability, Psychological responses,
Induced abortion, Emotional impact, HADS, IES

Inhaltsverzeichnis

ZUSAMMENFASSUNG.....	3
SUMMARY	4
1 EINLEITUNG	8
1.1 Der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch mit Mifepriston – eine neue Alternative zum chirurgischen Verfahren.....	8
1.2 Schwangerschaftsabbruch als globale Realität	9
1.3 Zur Geschichte des medikamentösen Schwangerschaftsabbruches mit Mifepriston	11
1.4 Literaturübersicht zu physiologischen Aspekten des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs	13
1.5 Literaturübersicht zu psychologischen Aspekten des Schwangerschaftsabbruches	15
1.6 Biochemische Wirkungsweise von Mifepriston (RU 486).....	21
1.7 Weitere Anwendungsgebiete der Zukunft.....	22
1.8 Kontraindikationen.....	24
1.9 Fragestellungen	24
1.10 Hypothesen	27
2 METHODEN	29
2.1 Fallkollektiv und Kontrollkollektiv.....	29
2.2 Ablauf der Behandlung bei medikamentösem Schwangerschaftsabbruch mit Mifepriston.....	30
2.3 Ablauf der Behandlung bei chirurgischem Schwangerschaftsabbruch	31
2.4 Aufbau des Fragebogens	31
2.4.1 Protokoll des Eingriffs	32
2.4.2 Erster Teil des Fragebogens.....	32
2.4.3 Zweiter Teil des Fragebogens	33
2.4.4 Hospital Anxiety and Depression Scale	33
2.4.5 Impact of Event Scale (IES)	34
2.4.6 Fragebogen zur Self-Efficacy.....	35
2.5 Statistische Auswertung	36
3 ERGEBNISSE	38
3.1 Auswertung der demographischen Angaben	38
3.1.1 Alter.....	38
3.1.2 Nationalität.....	39
3.1.3 Familienstand	39
3.1.4 Bildungsstand.....	40
3.1.5 Tätigkeit.....	40
3.1.6 Religionszugehörigkeit.....	41
3.1.7 Reproduktive Anamnese	41
3.1.8 Schwangerschaftsalter.....	42
3.1.9 Vergleich mit den Angaben des Statistischen Bundesamtes.....	43
3.1.10 Vergleich der demographischen Angaben von Studienteilnehmerinnen und Studienabbrecherinnen	43
3.2 Entscheidungsfindung zum Schwangerschaftsabbruch	45
3.2.1 Klarheit der Entscheidung	45
3.2.2 Einbeziehung nahestehender Personen in die Entscheidungsfindung	45
3.2.3 Gründe für einen Schwangerschaftsabbruch	46
3.3 Auswahl der Methode	47
3.3.1 Gründe für die Auswahl der medikamentösen Methode mit Mifegyne.....	47
3.3.2 Gründe für die Auswahl der chirurgischen Methode	49
3.3.3 Entscheidungsträger bei der Methodenauswahl.....	49
3.3.4 Stellenwert der Auswahlmöglichkeit zwischen verschiedenen Methoden	51
3.3.5 Zeitlicher Abstand zwischen Entscheidung und Eingriff	51
3.4 Self-Efficacy-Index nach Cozzarelli	52
3.4.1 Vergleich des Self-Efficacy-Index nach Cozzarelli zwischen den Anwenderinnen beider Methoden	52
3.4.2 Vergleich des Self-Efficacy-Index nach Cozzarelli zwischen allen Studienteilnehmerinnen und Studienabbrecherinnen.....	54

3.5	Soziale Unterstützung.....	55
3.5.1	Soziale Unterstützung bei der Entscheidungsfindung im Vorfeld des Eingriffs.....	55
3.5.2	Begleitung bei der Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs	56
3.5.3	Zufriedenheit mit der erhaltenen sozialen Unterstützung nach dem Eingriff	57
3.6	Angaben zu physiologischen Wirkungen und Nebenwirkungen	58
3.6.1	Erfolgsrate	59
3.6.2	Zeitpunkt der Expulsion bei medikamentöser Methode	59
3.6.3	Blutungsstärke, Blutungsdauer und Schmerzstärke	59
3.6.3.1	Vergleich der Mittelwerte für Blutungsstärke, Blutungsdauer und Schmerzstärke	59
3.6.3.2	Verteilungsmuster der VAS-Angaben zur Blutungsstärke.....	60
3.6.3.3	Vergleich von erwarteter und erlebter Stärke der Blutung.....	61
3.6.3.4	Verteilungsmuster der Blutungsdauer	62
3.6.3.5	Verteilungsmuster der VAS-Angaben zur Schmerzstärke.....	63
3.6.3.6	Vergleich von erwarteter und erlebter Stärke der Schmerzen	63
3.6.3.7	Schmerzerfahrung in der Gruppe des medikamentösen Schwangerschaftsabbruches in Abhängigkeit von einem Geburtserlebnis.....	64
3.6.3.8	Verabreichte Schmerzmedikamente	65
3.6.3.9	Einschränkungen im Tagesablauf durch Schmerzen oder Blutungen.....	66
3.6.4	Nebenwirkungen	66
3.7	Psychische Belastung.....	68
3.7.1	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).....	68
3.7.1.1	Angst und Depression vor dem Eingriff – Vergleich beider Methoden anhand der Zuordnung zu verschiedenen Ausprägungsniveaus (Cut-Off-Wert 10)	68
3.7.1.2	Angst und Depression vor dem Eingriff – Vergleich der Werte bei Studienabbrecherinnen und Studienteilnehmerinnen	69
3.7.1.3	Angst und Depression vier Wochen nach dem Eingriff – Vergleich beider Methoden anhand der Zuordnung zu verschiedenen Ausprägungsniveaus (Cut-Off-Wert 10)	70
3.7.1.4	Angst und Depression vor und vier Wochen nach dem Eingriff – Vergleich beider Methoden anhand von Mittelwertberechnungen.....	71
3.7.1.5	Einzelfallanalyse mit genauer Verfolgung der Ausprägungsniveaus für Angst jeder Teilnehmerin im zeitlichen Verlauf (McNemar-Test)	74
3.7.1.6	Einzelfallanalyse mit genauer Verfolgung der Ausprägungsniveaus für Depression jeder Teilnehmerin im zeitlichen Verlauf (McNemar-Test)	76
3.7.1.7	Zusammenhang von Angst und Depression (HADS) und Self-Efficacy-Index	78
3.7.1.8	Zusammenhang von Angst und Depression (HADS) mit anderen Parametern	79
3.7.2	Impact of Event Scale (IES).....	80
3.7.2.1	Ausmaß von Intrusion und Vermeidung vier Wochen nach dem Eingriff	80
3.7.2.2	Intrusion und Vermeidung – Vergleich zwischen den Mittelwerten beider Methoden	81
3.7.2.3	Zusammenhang von Sichtung des Schwangerschaftsgewebes und erhöhten Werten für Intrusion.....	82
3.7.3	Einschätzung der Belastungsphasen	83
3.7.4	Gesamteinschätzung des Lebensereignisses Schwangerschaftsabbruch.....	84
3.8	Kommentare zu den angewandten Methoden	86
3.9	Zukünftige Methodenpräferenz	87
3.10	Zufriedenheit mit der Betreuung	88
3.11	Selbsteinschätzung einer gelungenen Rückkehr in den Lebensalltag vier Wochen nach dem Eingriff.....	90
4	DISKUSSION.....	93
4.1	Demographische Parameter.....	93
4.1.1	Demographische Angaben der Studienabbrecherinnen.....	93
4.2	Entscheidungsfindung	94
4.3	Methodenauswahl	96
4.4	Verbale Assoziationen zum Schwangerschaftsabbruch.....	98
4.4.1	Assoziationen zur chirurgischen Methode	99
4.4.2	Assoziationen zur medikamentösen Methode	100
4.5	Physiologische Aspekte des medikamentösen Schwangerschaftsabbruches.....	103
4.6	Psychische Verarbeitung des Schwangerschaftsabbruches	106
4.6.1	Self-Efficacy-Index nach Cozzarelli.....	106
4.6.2	Soziale Unterstützung.....	107
4.6.3	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).....	111

4.6.3.1	Angst und Depression vor dem Eingriff – Vergleich beider Methoden anhand der Zuordnung zu verschiedenen Ausprägungsniveaus.....	111
4.6.3.2	Angst und Depression vier Wochen nach dem Eingriff – Vergleich beider Methoden anhand der Zuordnung zu verschiedenen Ausprägungsniveaus.....	112
4.6.3.3	Angst und Depression vor und vier Wochen nach dem Eingriff – Vergleich beider Methoden anhand von Mittelwertberechnungen.....	112
4.6.3.4	Einzelfallanalyse mit genauer Verfolgung der Ausprägungsniveaus jeder Teilnehmerin im zeitlichen Verlauf (McNemar-Test).....	115
4.6.4	Impact of Event Scale (IES).....	115
4.6.5	Belastungsphasen.....	118
4.6.6	Subjektive Gesamteinschätzung des Abbruchs als einschneidendes Lebensereignis	118
4.7	Zukünftige Methodenpräferenz.....	121
4.8	Zufriedenheit mit der Betreuung.....	122
4.9	Limitierungen im Studiendesign.....	123
4.10	Schlusswort.....	125
5	ZUSAMMENFASSUNG.....	127
	ANHANG.....	132
5.1	Fragebögen.....	132
5.1.1	Anschreiben.....	132
5.1.2	Einverständniserklärung.....	133
5.1.3	Arztangaben.....	134
5.1.4	Fragebogen VOR dem Eingriff.....	136
5.1.5	Fragebogen vier Wochen NACH dem Eingriff.....	142
	LEBENS LAUF.....	148
	DANKSAGUNG.....	149
	ERKLÄRUNG AN EIDES STATT.....	150
	LITERATURVERZEICHNIS.....	151

1 Einleitung

1.1 Der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch mit Mifepriston – eine neue Alternative zum chirurgischen Verfahren

Nach einem Jahrzehnt eher zurückhaltender gesundheits- und frauenpolitischer Initiative wurde Mifepriston unter dem Handelsnamen Mifegyne® im November 1999 auch in Deutschland eingeführt. Damit gab es nun hierzulande für Frauen zum ersten Mal die Möglichkeit, nach vorgeschriebener gesetzlicher Beratung (§ 218 und § 219 StGB) zwischen einem chirurgischen und einem medikamentösen Schwangerschaftsabbruch wählen zu können. Auch in Deutschland war der Zulassung des Medikaments, welches in anderen europäischen Ländern bereits seit Jahren angewendet wird, eine lange öffentliche Debatte über die Risiken dieser neuen Methode vorausgegangen.[1] Eine in der gesellschaftlichen Diskussion sehr präsente Theorie zum medikamentösen Schwangerschaftsabbruch postuliert, dass eine Methode, welche Frauen sehr aktiv in den Behandlungsprozess einbezieht und sie mit den physischen Konsequenzen und Produkten ihrer Entscheidung unmittelbar konfrontiert, sich negativ auf die Gemütslage der Frauen auswirken wird. Und dieses in stärkerem Maße als bei einem instrumentell durchgeführten Schwangerschaftsabbruch, der in der Regel ein sehr kurzer Eingriff ist und welchen die behandelten Frauen nicht bewusst miterleben müssen. Dem gegenüber steht die Vermutung, dass gerade eine intensivere Partizipation der Frau die unmittelbare und frühere Auseinandersetzung mit dem Schwangerschaftsabbruch, mit der Tragweite der Entscheidung und mit der eigenen Trauer herausfordert. Das Ereignis muss quasi während des Ereignisses selbst bearbeitet und verarbeitet werden. So könnte eine Rückkehr aus dem psychischen Ausnahmezustand des Schwangerschaftskonfliktes in den Lebensalltag schneller gelingen. Der gänzlich andere Ablauf der Behandlung gibt die Entscheidungsgewalt und die Verantwortung für die Beendigung der Schwangerschaft vom Arzt zurück in die Hände der Frau. Dieses könnte gerade einer Generation von Frauen sehr entgegenkommen, die es im täglichen Leben mehr und mehr gewohnt ist, Entscheidungen für sich selbst zu treffen und durchzustehen und denen diese Autonomie und Verantwortlichkeit wichtig ist. Jedoch birgt eine unvorbereitete Konfrontation mit dieser Verantwortung auch Risiken. Ein nicht bearbeiteter Ambivalenzkonflikt könnte aufbrechen, eine problematische Paarbeziehung eine schärfere Dynamik entwickeln, eine vorhandene Depressivität könnte sich zur klinisch relevanten Depression verstärken. Eine weitere Befürchtung ist, dass Frauen, die aus Angst vor einer

Operation oder dem Ausgeliefertsein an medizinisches Personal die Entscheidung zum instrumentellen Schwangerschaftsabbruch scheuen, bei Zugang zu einem schnell verfügbaren Medikament eine solche Entscheidung jedoch leichtfertig treffen könnten. So könnte Mifepriston eine Entwicklung auslösen, die einen Schwangerschaftsabbruch nicht mehr als letzten Ausweg im Schwangerschaftskonflikt, sondern als Kontrazeptivum der Wahl etablieren und folglich die Abbruchzahlen in die Höhe treiben würde. Diese Sorge kumulierte in langwierigen politischen Auseinandersetzungenⁱ vor der Markteinführung von Mifepriston in Deutschland. In der kontroversen und oft auch sehr emotional geführten Diskussion hatte es zeitweise den Anschein, als sollte die gesamte Debatte um den § 218 wieder aufgerollt werden. Die betroffenen Frauen kamen dabei wenig zu Wort. Es folgten Schwierigkeiten beim Aufbau eines Vertriebssystems wegen juristischen Kompetenzgerangels auf Länderebene und im Windschatten der nicht interessierten großen Pharmafirmen. Nicht zuletzt auch die bisher wenig euphorisch stimmenden Anwendungszahlen haben die Unsicherheit im Umgang mit dem Medikament deutlich gemacht.ⁱⁱ Internationale positive Erfahrungen sind wenig bekannt oder als auf die deutsche Situation nicht ohne weiteres übertragbar kritisiert worden. Grund genug, eine Studie zu entwickeln, die der gesellschaftlichen und fachlichen Diskussion auch hier in Deutschland weitere Zahlen und Indizien in die Hand geben kann. Wir wollten mit standardisierten psychologischen Messinstrumenten die emotionale Verarbeitung des medikamentösen Schwangerschaftsabbruches bewerten und gleichzeitig den Frauen viel Raum für eigene Gedanken zum Thema geben. Besonders interessierte uns die Veränderung von Angst und Depression im Verlaufe des Ereignisses. Bei dieser Arbeit mit großem Einsatz und Enthusiasmus unterstützt haben uns vier gynäkologische Arztpraxen und das Berliner Familienplanungszentrum Balance. Unser Dank gebührt vor allem jedoch den über 200 Frauen für ihr großes Interesse und Engagement und die Bereitschaft, sich offen auf sehr persönliche Fragen einzulassen.

1.2 Schwangerschaftsabbruch als globale Realität

Derzeit gibt es weltweit etwa 1,38 Milliarden Frauen im reproduktiven Lebensalter von 15–44 Jahren. Schätzungen zufolge entstehen jährlich 210 Millionen Schwangerschaften, von denen mehr als ein Viertel unerwünscht sind. Das Alan Guttmacher Institute in den USA beziffert die weltweit jährlich durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche mit 46 Millionen.[2] Zwanzig Millionen davon werden unter illegalen und unprofessionellen Bedingungen durchgeführt, zu 95 % in den Entwicklungsländern. Ein Drittel der Frauen, die eine

Schwangerschaft unter diesen Umständen beenden, muss mit ernsthaften Komplikationen rechnen. Etwa 78.000 Frauen sterben jährlich weltweit an den Folgen eines unprofessionell durchgeführten Schwangerschaftsabbruches. Hunderttausende tragen dauerhafte gesundheitliche Schäden davon, welche ihre Arbeitskraft, ihre Fruchtbarkeit und ihren sozialen Status für immer beeinträchtigen werden. Während die Mortalität in der westlichen Welt in den letzten Jahrzehnten immer weiter gesunken ist (0,2-1,2 /100.000 Schwangerschaftsabbrüche), kann die Mortalitätsrate in den Entwicklungsländern vorsichtigen Schätzungen zufolge 330 /100.000 erreichen. Daten der WHO sprechen von einem Todesfall pro 250 durchgeführten Schwangerschaftsabbrüchen in diesen Ländern.[3] Weltweit entschließen sich jährlich in einer Gruppe von 1000 Frauen durchschnittlich etwa 35, eine unerwünschte Schwangerschaft zu beenden. Die niedrigsten Raten weisen hier Belgien, Holland, die Schweiz und Deutschland mit weniger als 10 /1000 Frauen auf. In den restlichen Ländern der westlichen Welt einschließlich USA und Kanada liegt diese Rate bei 10-23 /1000. Die weltweit höchsten Abtreibungsraten gibt es in Rumänien, Cuba und Vietnam mit 78–83 /1000. Weltweit praktizieren 58 % aller verheirateten Frauen unterschiedlichste Verhütungsmethoden. Während in den westlichen Ländern bis zu 80 % aller Frauen von Kontrazeption Gebrauch machen, bleibt dieser Zugang jeder sechsten Frau weltweit, insgesamt etwa 230 Millionen, verwehrt. Der Schwangerschaftsabbruch als letztes und radikalstes Mittel der Geburtenkontrolle ist über geographische, politische, religiöse, moralische, juristische und soziale Grenzen hinweg eine gesellschaftliche Realität. Die Folgen von unprofessionell und illegal durchgeführtem Schwangerschaftsabbruch sind neben der persönlichen Tragödie für die betroffenen Frauen und ihre Familien von einer gesundheitspolitischen Größenordnung, deren Ausmaß die finanziellen Budgets der Gesundheitsressorts in den Entwicklungsländern sprengt. Während zum Beispiel im Jahre 1994 in Malawi im Staatshaushalt pro Einwohner 2,55 US\$ für die gesundheitliche Versorgung bereitgestellt werden konnte, beliefen sich die Behandlungskosten für Komplikationen eines septischen Abbruchs auf geschätzte 27,40 US\$. [4] In den fünfziger Jahren setzte als Konsequenz der damals weltweit erschreckend hohen Rate von fatalen Auswirkungen des prohibitiven Abtreibungsrechtes und daraus resultierender illegal durchgeführte Abbrüche eine Liberalisierungswelle ein. In deren Verlauf wurde bis 1986 in 36 Ländern ein liberales Abtreibungsrecht verabschiedet, welches die Beendigung einer Schwangerschaft innerhalb einer festgesetzten Frist aus sozialen oder medizinischen Gründen legalisierte. Bis 1997 lockerten weitere 19 Ländern ihre Restriktionen im Abtreibungsrecht.[5] Derzeit leben noch 39 % aller Frauen weltweit in Ländern, in denen die

legale und professionelle Beendigung einer Schwangerschaft überhaupt nicht oder nur im Fall der Lebensgefährdung für die Frau möglich ist. Die gesetzten politischen Zeichen in einer immer noch höchst kontrovers geführten und moralisch wie religiös besetzten gesellschaftlichen Diskussion hat zahlreiche Mediziner und Forscher ermutigt, sich für die Weiterentwicklung der Techniken des Schwangerschaftsabbruches einzusetzen und deren Verfügbarkeit zu sichern, um die gesundheitlichen Risiken für Frauen weiter zu minimieren.

1.3 Zur Geschichte des medikamentösen Schwangerschaftsabbruches mit Mifepriston

Auch die Geschichte des medikamentösen Schwangerschaftsabbruches ist eine längere. Der Wirkstoff Mifepriston, auch als RU 486 bekannt, wurde zu Beginn der achtziger Jahre in Frankreich von Forschern der Pharmafirma Roussel Uclaf unter Führung von Etienne-Emile Baulieu und Edouard Sakiz entwickelt. Zeitgleich beschäftigten sich Kollegen mit einer anderen hoffnungsvollen Methode des medikamentösen Schwangerschaftsabbruches durch alleinige Gabe von Prostaglandinen. Bei einer kombinierten Gabe beider Wirkstoffe erreichte die Methode bei Anwendung in frühen Schwangerschaftswochen eine Wirksamkeit von deutlich über 90 %. Nach in Frankreich unter WHO-Aufsicht durchgeführten klinischen Tests wurde Mifepriston in Kombination mit Prostaglandin Ende 1988 in Frankreich zugelassen. Nach einem knappen Monat wurde RU 486 auf Druck der US-amerikanischen Mutterfirma Hoechst-Roussel wieder vom Markt genommen. Die zeitgleich am FIGO-Weltkongress in Rio de Janeiro teilnehmenden Gynäkologen verabschiedeten daraufhin eine Resolution, welche dieses Vorgehen als „moralischen Skandal, vor Gewalt und Intoleranz zurückzuweichen“ verurteilte. Der couragierte französische Gesundheitsminister Claude Evin ordnete am Folgetag die Wiederaufnahme der Produktion an und prägte den bekannt gewordenen Ausspruch, RU 486 sei „das moralische Eigentum der Frauen“, welcher die Debatte für viele folgende Jahre begleiten sollte.[6] 1993 setzte der frisch gewählte US-Präsident Clinton als eine der ersten Amtshandlungen sein Wahlversprechen um und ordnete an, die Testung, Lizenzierung und Produktion von Mifepriston in den USA voranzutreiben. Auf Druck der US-Firma Hoechst-Marion-Roussel, die die Auswirkungen der Boykottaufrufe der einflussreichen US-Anti-Abortion-Pressure-Groups auf ihren Jahresumsatz von sechs Millionen Dollar fürchteten, verabschiedete sich Roussel Uclaf von seinem Patent für Mifepriston. Nach einigen erfolglosen Versuchen, das Patent weiterzuverkaufen, wurden die Patentrechte für Nordamerika an das gemeinnützige Population Council in New York übergeben. In Europa wurde das Patent an Edouard Sakiz rückübertragen, der sich mit der neu

gegründeten Firma Exelgyn nach Kräften bemühte, noch mehr europäischen Frauen Zugang zu dem Medikament zu verschaffen. In einigen Entwicklungsländern wird Mifepriston in Zusammenarbeit mit der WHO seit Ende der neunziger Jahre in ausgewählten Krankenhäusern angewendet. 1999 erfolgte die Zulassung von Mifepriston in Österreich, Deutschland, Belgien, Dänemark, Finnland, Griechenland, Israel, Holland, Spanien und der Schweiz. Am 28. September 2000, kurz vor Ablauf der demokratischen Präsidentschaft, ließ die Food and Drug Administration (FDA) Mifepriston unter dem Namen Mifeprex® in Kombination mit Prostaglandin für den nordamerikanischen Markt zu. Inzwischen werden in Frankreich gut 30 % aller Schwangerschaftsabbrüche mit der medikamentösen Methode durchgeführt. Andere europäische Länder wie Großbritannien und Schweden wenden das Medikament seit den frühen 90er Jahren an, China hat weltweit mit über 3 Millionen Anwendungen die größten Erfahrungen beim Einsatz von Mifepriston gesammelt.[7] In Deutschland wird Mifepriston bisher sehr zurückhaltend eingesetzt. Im Jahr 2000 wurde das Medikament in 4100 Fällen verwandt, das entspricht etwa 3 % aller durchgeführten Abbrüche des Jahres.[8] Insgesamt wurden jedoch 46,8 % aller Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland im Jahr 2000 vor Erreichen eines Gestationsalters von 49 Tagen post menstruationem und damit innerhalb des zugelassenen Anwendungszeitrahmens für Mifepriston durchgeführt. Im ersten und zweiten Quartal des Jahres 2001 wurde Mifepriston jeweils in 1400 Fällen (4 %) eingesetzt, im dritten und vierten Quartal bei jeweils 1600 Frauen (5 %). Trotz dieser bescheidenen Anwendungszahlen bedeuten diese insgesamt 6000 Fälle des Jahres 2001 allerdings bereits eine Steigerungsrate beim Einsatz von Mifepriston in Deutschland von 44 % gegenüber dem Vorjahr 2000. [9] Es gibt jedoch insgesamt bisher wenige, wenn auch zunehmend mehr Ärztinnen und Ärzte, die der Anwendung des Medikaments aufgeschlossen gegenüberstehen. Das hat zum einen mit den guten Erfahrungen im Umgang mit einer vertrauten instrumentellen Methode zu tun, zum anderen mit den logistischen und zeitintensiven Anforderungen, die das neue Verfahren in Bezug auf nötige Räumlichkeiten und verfügbares Personal stellt. Im betriebswirtschaftlich orientierten deutschen Gesundheitssystem des beginnenden 21. Jahrhunderts dürfte jedoch ein Hauptgrund für den zurückhaltenden Gebrauch der medikamentösen Methode auch in der wenig lukrativen Bezahlung eines medikamentösen Abbruchs zu suchen sein.[10] [11] [12] [13]

1.4 Literaturübersicht zu physiologischen Aspekten des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs

Versuche, eine medikamentöse Alternative zum instrumentellen Schwangerschaftsabbruch zu entwickeln, sind seit den fünfziger Jahren zu verfolgen. Damals wurde kurzzeitig mit dem Folsäureantagonisten Aminopterin experimentiert, diese Idee dann aber nicht mehr weiter verfolgt. In den siebziger Jahren wurden natürliche Prostaglandine wie PGE₂ und PGF₂ α angewandt [14], die jedoch wegen ihrer heftigen Nebenwirkungen und relativ geringer Erfolgsrate über klinische Testreihen nicht hinaus kamen. In den achtziger Jahren entwickelte man stabilere Prostaglandinanaloga wie Gemeprost (16,16-dimethyl-trans- δ^2 -PGE₁-methylester) oder Sulproston (16-phenoxy-tetranor-PGE₂-sulfonylamid), in China arbeitete man mit PGO5 (15-methyl-PGF₂ α -analoga). Alle diese Substanzen erfordern jedoch eine gekühlte Lagerung und die Erfolgsraten bei alleiniger Anwendung verschieden dosierter Prostaglandine erreichten lediglich etwa 87 %.[15] Auch waren die auftretenden Nebenwirkungen erheblich. [7] [16] [17] Zu Beginn der achtziger Jahre wurde in Frankreich unter Führung von Edouard Sakiz und Emile-Etienne Baulieu das Antiprogesteron Mifepriston entwickelt. Die klinischen Tests mit dem neuen Wirkstoff starteten im Jahre 1982 und brachten erste vielversprechende Resultate. Komplette Aborte wurde in etwa 85 % der Fälle beobachtet. [18] In der DDR wurden an den Universitätskliniken in Jena und Greifswald in Zusammenarbeit mit der WHO und Roussel Uclaf Testreihen mit Mifepriston durchgeführt. Die Greifswalder Mifepriston-Studie behandelte sechzig Frauen mit 600 mg Mifepriston. Die Erfolgsrate lag bei 81,7 %, die Akzeptanz der Methode erreichte 98,3 %. [19] Ab 1985 ging man dazu über, Mifepriston und Prostaglandine kombiniert zu verwenden. Die Hoffnung auf eine verbesserte Erfolgsrate bei geringeren Nebenwirkungen erfüllte sich. Durchschnittlich wurde eine Erfolgsrate von deutlich über 90 % erreicht. [20] [15] [21] [22] [23] Nach einigen Veröffentlichungen aus der Zeit der klinischen Testreihen erschienen 1990 die Ergebnisse der ersten größeren Studie zur Anwendung von Mifepriston. Ulmann et al. [24] behandelten 2115 Frauen mit einem maximalen Gestationsalter bis 49 Tage p.m. mit 600 mg Mifepriston, nach 36–48 Stunden gefolgt von einem Prostaglandinanalogon (Gemeprost vaginal oder Sulproston i.m.). Die Erfolgsrate der Behandlung lag bei 96 %. Bei 1 % der Frauen schritt die Schwangerschaft fort, bei 2,1 % lagen inkomplette Aborte vor. 0,9 % der Frauen mussten wegen anhaltender uteriner Blutungen kürettiert werden. In einer zwei Jahre später vom gleichen Team um Ulmann [25] publizierten Studie, welche die frühen Erfahrungen aus 300 verschiedenen französischen Zentren zusammenfasst, wurden die Daten von insgesamt 16.369 Frauen ausgewertet. Die Erfolgsrate der Vorstudien wurde bestätigt, sie

betrug nun 95,3 %. Die Gabe verschiedener Prostaglandinanaloga in unterschiedlichen Dosierungen erbrachte keine signifikanten Unterschiede.[26] Allerdings wurde von vier unter Sulproston aufgetretenen ersten kardiovaskulären Zwischenfällen berichtet. Nach einem später aufgetretenen Todesfall einer Patientin nach Sulproston, bei der allerdings nach gängigen Ausschlusskriterien diese Methode nicht hätte angewendet werden dürfen, stoppte man die weitere Verwendung des injizierbaren Prostaglandinderivats und intensivierte die Suche nach Alternativen. Neben dem weiterhin sehr erfolgreich verabreichten Gemeprost (Cergem®), das jedoch teuer ist und in einer ununterbrochenen Kühlkette gelagert werden muss, wurde zunehmend das deutlich preiswertere und stabilere Misoprostol (Cytotec®) mit Mifepriston kombiniert. Cytotec® als Prostaglandinanalogon ist ein seit langem weltweit verfügbares Medikament, das zur Behandlung von Magenulzera verwendet wird. Die Erfolgsrate mit Misoprostol war bis zum Gestationsalter von 49 Tagen identisch, bei der Anwendung bis zum 63. Tag treten jedoch signifikant häufiger als bei der Verwendung von Gemeprost inkomplette Aborte auf. Die vaginale Applikation von 600 µg Misoprostol schien der oralen Gabe in der Wirkungseffektivität überlegen. Dieses erklärt sich aus dem zeitlich unterschiedlichen Wirkungshöhepunkt von Misoprostol. Die orale Gabe führt zu einer schnell erreichten maximalen Wirkung und wird ebenso rasch metabolisiert; bei einer vaginalen Applikation sind länger anhaltende konstante Wirkstoffkonzentrationen im Blut nachweisbar. Auch die klassischen, mit Prostaglandin assoziierten Nebenwirkungen wie Übelkeit, Erbrechen, Krämpfe und Durchfall waren bei vaginaler Applikation weniger stark ausgeprägt.[27] [28] [29] [30] [31] In weiteren Studien [32] [33] wurde nachgewiesen, dass mit einer deutlich reduzierten Dosis von Mifepriston auf ein Drittel der üblicherweise zugelassenen 600 mg ähnliche Erfolgsraten erzielt werden können. Bis zum 49. Tag entspricht die Wirkungseffektivität von 200 mg Mifepriston mit 97,5 % der von 600 mg des Wirkstoffs. [34] Im Verlauf der frühen neunziger Jahre zeichnete sich ab, dass trotz überzeugender Studienergebnisse über Sicherheit und Effektivität der neuen medikamentösen Methode diese aufgrund der Zurückhaltung der Pharmafirmen und politischer Entscheidungsträger in vielen Ländern Europas und in Nordamerika auf absehbare Zeit nicht verfügbar sein würde. So rückte ein weiteres Verfahren zur medikamentösen Schwangerschaftsbeendigung in den Mittelpunkt des Interesses: Methotrexat. Dieses für die Beendigung von ektopen Schwangerschaften bewährte Medikament war in vielen Ländern für diesen Zweck zugelassen und genau wie Misoprostol ohne weiteres verfügbar. Anwendungen zeigten, dass es auch für die Beendigung einer frühen intrauterinen Schwangerschaft geeignet sein könnte. In einer 1995 veröffentlichten Studie von Hausknecht [35] erzielt Methotrexat in

einer intramuskulär verabreichten Dosis von 50 mg/m² Körperoberfläche eine Effektivität von 96 %. Voraussetzung ist ein Gestationsalter von maximal bis zu 63 Tagen p.m. Bei dieser Behandlungsform müssen 5-7 Tage nach der Methotrexatgabe 800 µg Misoprostol vaginal verabreicht werden, bei Ausbleiben der Blutung (hier bei 14 % der Frauen aufgetreten) kann die Gabe von Misoprostol nach sieben weiteren Tagen wiederholt werden. Der Nachteil dieser durch geringe Nebenwirkungsrate gekennzeichneten Methode ist jedoch die lange Behandlungsdauer. [36] [37]

1.5 Literaturübersicht zu psychologischen Aspekten des Schwangerschaftsabbruches

Seit den sechziger Jahren sind auch zunehmend die psychologischen Auswirkungen des Schwangerschaftsabbruches auf die Betroffenen in das Blickfeld des Interesses gerückt, zunächst eher anekdotisch mit einzelnen Fallbeschreibungen. Oft auch eindeutig religiös oder ideologisch motiviert, um die besonders in den USA heftig geführte Debatte um die Liberalisierung des dortigen Abtreibungsrechtes (1973, Roe vs. Wade) [38] [39] aufhalten zu können. Alle vor dieser Zeit beschriebenen Kasuistiken haben jedoch eine entscheidende Limitierung: In Zeiten illegal durchgeführter Schwangerschaftsabbrüche ist die eigentliche, durch den Schwangerschaftskonflikt ausgelöste psychische Reaktion derart vom Druck der Geheimhaltung und Angst vor sozialer Ächtung, strafrechtlicher Verfolgung und gesundheitlicher Folgen überlagert, dass die Auswirkungen des Grundkonflikts kaum abzugrenzen sind. Erste Studien zum Thema, die prospektiv angelegt waren und standardisierte Messinstrumente aus der psychiatrischen Forschung verwandten, konnten schnell belegen, dass die propagierte „Psychiatisierung des Schwangerschaftsabbruches“ eine nicht zu haltende Hypothese war. So belegte eine von Brewer et al. [40] 1977 veröffentlichte Studie, die prospektiv Daten der weiblichen britischen Bevölkerung auswertete, dass die Inzidenz von Psychosen nach Schwangerschaftsabbruch mit 0,3/1000 wesentlich geringer als nach Kindsgeburt (1,7/1000) ausfällt und etwa der in einer Normalpopulation vorhandenen Zahl entspricht. Die Psychiaterin Nada Stotland [41] überschrieb einen sehr engagierten Text über „the myth of the abortion trauma syndrome“ sogar als „an article about a medical syndrome that does not exist“. Dennoch bleibt unwidersprochen, dass eine psychische Belastung, ausgelöst durch ein so einschneidendes Lebensereignis wie der Entscheid gegen eine Schwangerschaft, sehr wohl existiert. Aber um deren Ausmaß genauer einschätzen zu können, bedurfte es der Entwicklung neuer, feiner abgestimmter, tiefenschärferer, validierter Messinstrumente, die die Grenzbereiche psychischer Belastung besser ausloten konnten.

Übereinstimmend sprachen alle Studien aus den Folgejahren von einer anzunehmenden außerordentlichen, länger anhaltenden psychischen Belastung nach Schwangerschaftsabbruch bei deutlich unter 10 % aller Frauen, die einen solchen Eingriff vornehmen lassen. [42] [43] [44] [45] [46] [47] [48] [49] [50] [51] Besonders gefährdet erschienen dabei sehr junge, kinderlose und alleinstehende Frauen niedriger sozialer Schichten. Zu weniger optimistischen Resultaten bei der Einschätzung psychologischer Verarbeitung des Schwangerschaftsabbruches kamen Schleiss et al. [52] in einer dänischen Studie, die 130 Frauen vor und vier Monate nach dem Eingriff befragte. Allerdings nahmen an dem späteren Interviewtermin nur noch 61 Frauen (47 %) teil und es wurden keine Angaben gemacht, ob sich diese im Vorfeld von den nicht mehr teilnehmenden Frauen unterschieden. Von diesen 61 Frauen wiesen 52 % eine ernstzunehmende psychische Belastung auf, 13 davon auch noch nach vier Monaten. Fünf vormals unauffällige Teilnehmerinnen zeigten bei der Nachuntersuchung psychische Probleme. 30 % aller nachuntersuchten Frauen beschrieben einen negativen Einfluss des Schwangerschaftsabbruches auf ihre Beziehung. Alle Frauen gaben aber übereinstimmend an, die richtige Entscheidung getroffen zu haben. Verschiedene umfangreiche Publikationen über den Einfluss persönlicher Charaktereigenschaften auf die psychische Bewältigung eines Schwangerschaftsabbruches sind von der US-amerikanischen Psychologin Cozzarelli et al. [53] [54] erschienen. Sie fand, dass Self Efficacy ein ausgezeichneter Parameter ist, um diese Bewältigung vorherzusagen. Self Efficacy ist ein nur schwer ins Deutsche zu übersetzender Fachausdruck aus der anglo-amerikanischen psychologischen Forschung und beschreibt das Potenzial, sich verschiedenen Lebensanforderungen souverän stellen zu können. In den Arbeiten von Cozzarelli waren eine optimistische Persönlichkeitsstruktur, das Gefühl von persönlicher Kontrolle und ein hohes Selbstwertgefühl signifikant häufiger mit einem guten Bewältigungsverhalten assoziiert. Auffällige Depressionswerte vor dem Eingriff hatten einen direkten Einfluss auf die Bewältigung. Frauen, die mit einer starken Unterstützung durch ihr soziales Umfeld rechnen konnten, erreichten bessere Werte nach dem Eingriff. Frauen, die sich in ihrer Entscheidung nicht durch nahestehende Personen unterstützt sahen, hatten sogar schlechtere Werte psychologischer Adaptation als diejenigen, die ihre Vertrauenspersonen gar nicht eingeweiht hatten. Auf die Stärke der empfundenen Nebenwirkungen hat eine hohe Self Efficacy jedoch keine Auswirkungen. Auch in Deutschland ist zu diesem Thema seit den siebziger Jahren viel und sehr engagiert geforscht worden. [55] [56] [57] [58] [59] [60] [61] Anders als in vielen sozialpsychologisch orientierten Studien konzentrierte man sich hierzulande besonders auf eine psychoanalytische Herangehensweise bei der Beschreibung der emotionalen

Verarbeitung des Schwangerschaftsabbruches. Neben der betroffenen Frau selbst wurden auch die Befindlichkeit anderer involvierter Personen wie Partner oder medizinisches Personal untersucht. [62] [63] Ende der achtziger Jahre und besonders nach der politischen Wende in der DDR und der folgenden Vereinigung beider deutscher Staaten, welche auch eine Einigung im divergenten Abtreibungsrecht nötig machte, wurde der Schwangerschaftsabbruch und seine Folgen zu einem zentralen Thema der psychosomatisch orientierten Forschung in der Gynäkologie. Der Arzt und Psychoanalytiker Peter Petersen hat dabei ganze Generationen von Frauenärzten inspiriert, sich dieser Problematik zu nähern und dabei auch eigene Gefühle bei der Betreuung der Frauen zuzulassen und sie für die psychische Auseinandersetzung positiv zu nutzen. [64] Er spricht in seinen zahlreichen Aufsätzen über die seelische Verarbeitung des Schwangerschaftsabbruches [65] von seinem Modell der vier Dimensionen des Erlebens, die sich durch Tiefe und Intensität voneinander unterscheiden, jedoch keine chronologische Abfolge oder Dynamismen bilden. Diese verschiedenen Erlebnisschichten fluktuieren und bleiben selten über längere Zeit konstant. Die erste Dimension entspricht einer normalpsychologischen und unproblematischen Bewältigung, wie sie bei etwa 63 - 91 % der Frauen zu beobachten ist. Der seelische Zustand wird als symptomlos oder unproblematisch bezeichnet und ist geprägt von einer primären Entlastungsreaktion, Stabilität oder Gleichgültigkeit. Gelegentlich, bei etwa 10 – 27 % geht die Verarbeitung mit leichten, sich verflüchtigenden seelischen Störungen wie Gefühlen von Schuld und Verlust, Reizbarkeit oder Verstimmungen einher. Es gibt jedoch keinen intensiven Trauerprozess. Bei etwa 4 - 10 % der Frauen können länger andauernde und schwere seelische Störungen auftreten. Zwei Verlaufsformen werden unterschieden. Entweder kommt es innerhalb der ersten Tage nach dem Abbruch zu einer heftigen seelischen Krise mit depressiven Symptomen, die sich über Monate langsam wieder normalisieren. Oder nach einer anfänglichen Entlastungsreaktion kommt es nach Wochen oder Monaten zu untergründigen Auseinandersetzungen in Form von destruktiven Träumen, Fehlleistungen und psychosomatischen Körperkrankheiten. Petersen benennt für diese Dimension drei auftretende wissenschaftliche Bewältigungsformen. [66] Der Positivismus stützt sich allein auf Befunde über psychosoziales Wohlergehen und bezeichnet die Symptomlosigkeit unhinterfragt als „unproblematische Verarbeitung“. Der Blick richtet sich ausschließlich in die Zukunft und verhindert somit eine Verarbeitung der Vergangenheit. Der Objektivismus reduziert die Frau zum Objekt der Untersuchung, auftretende körperliche und seelische Phänomene werden häufig durch Latinisierung der verwendeten Begriffe in ihrer Brisanz entschärft und distanziert. Die dritte Form wissenschaftlicher Bewältigungsformen ist die Reduktion auf

Maß und Zahl. Der Schwangerschaftsabbruch wird aus einem statistischen und kollektivierten Blickwinkel betrachtet, bei der die Individualität und Biografie der einzelnen Frau in den Hintergrund tritt. Auch der Legalismus, bei dem sich das Problem auf ein Gesetz (§218) projiziert und eine lebendige Auseinandersetzung mit den ethischen Dimensionen verhindert, oder der Biologismus, bei dem Potenzial und Individualität einer frühen Schwangerschaft negiert werden („Kaulquappenstadium“), sind populäre Bewältigungsformen. Rationalisierungen, Sozialdarwinismus („unerwünschte Kinder schaden der Volksgesundheit“) wie auch Determinismus („unerwünschte Kinder werden ein verfehltes Leben haben“) sowie die Angst vor einer begrenzten Zukunftsperspektive bei Austragen der Schwangerschaft werden oft angeführt, um die Entscheidung zu begründen. Bei einer zweiten Erlebnisschicht brechen destruktive Tiefenerlebnisse durch. Archaische Ängste, Panik, seelischer Schmerz, Angst vorm Verrücktwerden und Existenzverlust lassen die Frauen verzweifeln. Aufwühlende und bedrohliche Träume von verstümmelten Babies und eigenen Verletzungen kehren immer wieder. Ein großer Teil der Frauen, die in diese Erlebnisschicht vordringen, zeigen unverarbeitete Aggressionen, die sich in Fantasien, Träumen und Projektionen gegenüber Männern äußern. Väter wie Partner erscheinen entwertet. Die dritte Dimension ist von schmerzlicher Klarheit und unsäglicher Trauer geprägt. Die Frau kann die individuelle Verantwortung akzeptieren, ein intensiver Trauerprozess findet statt („Das Kind musste sterben, damit ich leben kann“). Das tote Kind wird sichtbar, als verletztes inneres Selbst oder als selbständiger, getöteter Mensch. Schuldgefühl wandelt sich zur Akzeptanz eigener Schuld. In einer vierten Dimension dominiert die Verantwortung gegenüber dem Toten. Die Frauen halten Zwiesprache mit dem toten Kind und nehmen seine Präsenz manchmal ganz konkret wahr. Die Mutter ist dem Kind das Leben schuldig geblieben. Sie wird diese Schuld ein Leben lang tragen. Das tote Kind als geistige Gestalt wird sie begleiten und es kann eine Begegnung und ein Dialog stattfinden, der nicht von Angst oder Strafe geprägt ist, sondern von der Akzeptanz der Schuld. In der Nähe des Todes wird das Leben in seiner Ganzheit und Tiefe erfahrbar.[67] Petersen als Psychoanalytiker ist der Auffassung, dass Frauen nach einem Schwangerschaftsabbruch dann zu wirklicher innerer Ruhe und neuer Selbstsicherheit kommen können, wenn sie bei der Verarbeitung die dritte und vierte Dimension erleben und ihre persönliche Verantwortung auch existentiell vollziehen können. Neue Impulse erhielt die psychologische Forschung zum Thema nach der Einführung des medikamentösen Schwangerschaftsabbruches. Neben den umfangreich ausgeloteten und publizierten Details über Verabreichungsformen, Dosifikationen, Blutungsdauer, Sicherheit, Effizienz und Nebenwirkungen (siehe oben beschriebene Ausführungen und angegebene

Literaturverweise) beschäftigten sich eine Reihe von Wissenschaftlern zunehmend auch mit der emotionalen Verarbeitung eines medikamentösen Schwangerschaftsabbruches. Bachelot et al. [68] veröffentlichten 1992 eine der ersten Arbeiten, die sich mit der Frage beschäftigten, welche Frauen sich aus welchen Beweggründen für eine medikamentöse Schwangerschaftsbeendigung entscheiden. Sie stellten einen Zusammenhang mit demographischen Charakteristiken her und fanden, dass besonders junge Frauen mit besserer Ausbildung und höherer sozialer Schicht von der neuen Methode Gebrauch machten. Weiterhin postulierten sie, dass diese Frauen ihre eigene Autonomie in besonderem Maße wertschätzten, unabhängiger und besser organisiert seien und ihren Blutungszyklus aufmerksamer verfolgen würden als diejenigen, die sich für einen konventionellen Abbruch entschieden. Außerdem hoben sie den hohen Einfluss hervor, den beratende Ärzte und medizinisches Personal auf die Methodenauswahl haben. In einer Arbeit aus Hong Kong von Tang et al. [69] wurden ebenfalls jüngere, ledige und berufstätige Frauen häufiger unter denjenigen gefunden, die sich für den medikamentösen Schwangerschaftsabbruch entschieden. Das Bildungsniveau unterschied sich hier jedoch unerheblich. Urquhart und Templeton [70] publizierten 1991 eine Arbeit über die Ausmaße psychiatrischer Morbidität vor und vier Wochen nach einem medikamentösen oder instrumentellen Schwangerschaftsabbruch. Dabei verwendeten sie eine modifizierte Version des Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) bei 91 Frauen. Vor dem Eingriff wiesen 60 % der Frauen beider Gruppen kritisch erhöhte Werte auf. Diese traten vier Wochen nach dem Eingriff nur noch bei weniger als 10 % der Frauen in beiden Gruppen auf. In einer schwedischen Studie von Holmgren et al. [71] wurden 128 Frauen zwei Wochen nach einem Schwangerschaftsabbruch durch Vakuumaspiration in Vollnarkose oder Lokalanästhesie oder mittels Mifepriston zu ihren Erfahrungen befragt. Es ergaben sich keine signifikanten Unterschiede in den demographischen Angaben, auch die Zufriedenheit mit der Unterstützung durch den Partner wird übereinstimmend in über 50 % der Fälle angegeben. Die jeweils erlebte Methode wurde von über 80 % der Frauen positiv eingeschätzt. Henshaw et al. [72] [73] [74] führten eine prospektive, beide Methoden unmittelbar vergleichende Studie über die psychologische Verarbeitung eines Schwangerschaftsabbruches durch. Das Besondere dieser Arbeit war, dass sich die in der Methodenpräferenz unentschlossene Hälfte der Teilnehmerinnen bereit erklärte, sich einer Methode randomisiert zuordnen zu lassen. Auf das ethische Dilemma von Randomisierungen bei Studien zum Schwangerschaftsabbruch wird später noch einmal eingegangen. In der Arbeit von Henshaw ist dieses Dilemma jedoch elegant umgangen worden und so ist diese hervorragende und viel zitierte Arbeit bisher die

einzigste, die eine Selektionsbias aufgrund von Identifikation der Teilnehmerinnen mit einer favorisierten Methode minimiert hat. Bei 363 Frauen bis zu einem Gestationsalter von 63 Tagen post menstruationem, die 600 mg Mifepristone und 1 mg Gemeprost eingenommen hatten oder aber einen instrumentellen Abbruch in Vollnarkose oder Lokalanästhesie durchführen ließen, wurden Angaben zur gynäkologischen Anamnese und den physiologischen Parametern des Abbruchs wie Blutungsdauer, Schmerzen und Nebenwirkungen ausgewertet. Auch hier erreichte die Effektivität bei Anwendungen von Mifepriston bis zum 49. Tag p.m. 98 %, bei ansteigendem Gestationsalter bis zum 63. Tag noch 92,6 %. Neben Fragen zur Methodenauswahl fanden auch die Hospital Anxiety and Depression Scale und eine Semantic Differential Rating Scale Verwendung, erhoben vor und 16 Tage nach dem Abbruch. Die Auswertung ergab keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Angst- und Depressionswerte nach dem Eingriff zwischen Frauen, die ihre Methode selbst gewählt hatten und den Frauen, die einer Methode zugeordnet worden waren. Die Zufriedenheit mit der erlebten Methode war bei den Frauen aller Gruppen außerordentlich hoch. Bei den Frauen, die ihre jeweilige Methode selbst wählten, würden sich jeweils nur etwa 4 % anders entscheiden, sollten sie nochmals in eine solche Situation kommen. Die unentschlossenen Frauen höheren Gestationsalters waren jedoch mit der instrumentellen Methode insgesamt zufriedener. 1998 erschien eine weitere englische Arbeit zum Thema von Slade et al.[75] Auch hier wurde neben den üblichen Messdaten die Hospital Anxiety and Depression Scale vor und vier Wochen nach dem Eingriff abgefragt, zusätzlich die Impact of Event Scale aus der neueren Traumaforschung und die Positive Affect / Negative Affect Scale (PANAS). 132 Frauen mit einem chirurgischen Abbruch und 143 Frauen mit medikamentösem Abbruch (Mifepriston) unterschieden sich nicht signifikant bezüglich ihrer emotionalen Situation vor oder nach dem Abbruch. Ein Viertel der Frauen beider Gruppen weist auch vier Wochen nach dem Abbruch noch erhöhte Angstwerte auf. Allerdings geben 67 % der ersten Gruppe und 28 % der Mifepriston-Gruppe an, dass sie keine Auswahl zwischen den Methoden hatten. Eine australische Arbeit von Mamers et al. [76] fasst die Erfahrungen von 41 australischen Frauen zusammen, die sich im Rahmen einer von der WHO durchgeführten Testreihe mit Mifepriston ebenfalls sehr wohlwollend über die neue Methode äußerten. Zusammenfassend kann also gesagt werden, dass bisherige Forschungen über die unmittelbare emotionale Verarbeitung des medikamentösen Schwangerschaftsabbruches die Vermutung, eine intensivere Partizipation der Frauen an der Durchführung des Abbruchs selbst würde sich negativ auf die psychische Bewältigung auswirken, nicht bestätigt haben. Der gelöste Schwangerschaftskonflikt führt unmittelbar nach dem Eingriff zu einen

deutlichen Erleichterung bei einer großen Mehrheit der Frauen. Bei weniger als 10 % sind nach dem Ereignis Angst und Depression weiterhin auffällig erhöht. Die Zufriedenheit der Frauen mit der erfahrenen Betreuung ist bei dem medikamentösen wie dem chirurgischen Abbruch außerordentlich hoch.

1.6 Biochemische Wirkungsweise von Mifepriston (RU 486)

Der bei Roussel Uclaf unter der Labornummer RU 38 486 geführte Wirkstoff, ursprünglich im Rahmen eines Forschungsvorhabens zur Entwicklung neuer Antiglukokortikoide für Wundheilung und Glaukombehandlung synthetisiert, wurde 1980 von den Wissenschaftlern Georges Teutsch, Daniel Philibert und Etienne-Emile Baulieu entdeckt. Der damalige Direktor bei Roussel Uclaf, Edouard Sakiz, erkannte die Bedeutung des Antiprogestérons als mögliches Abortivum und baute die während der sechziger Jahre weltweit in Ungnade gefallene Steroidforschung trotz firmeninterner Widerstände aus. Das Nortestosteronderivat besitzt durch eine Phenylaminodimethylgruppe in der 11 β -Position des Moleküls eine acht- bis zehnfach höhere Affinität zum Progesteronrezeptor als Progesteron und wirkt dort antagonistisch. Auch am Glukokortikoidrezeptor findet sich diese antagonistische Wirkung.

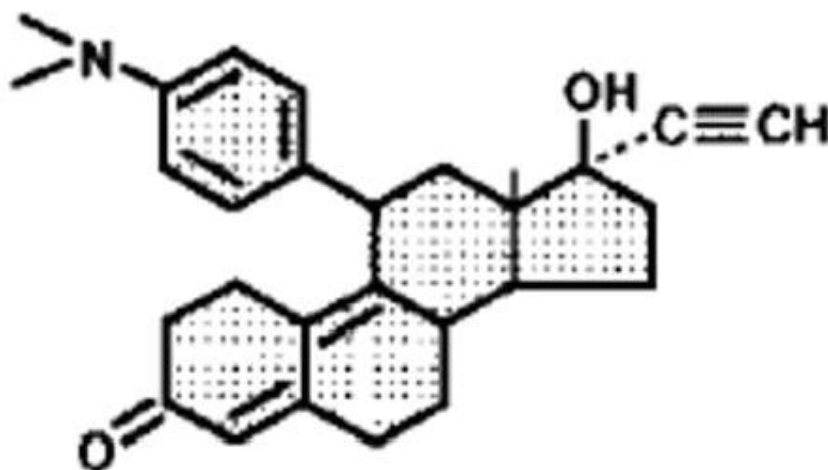


Abbildung 1: Strukturformel von Mifepriston (RU486): 17 β -hydroxyl-11 β -(4-dimethyl-aminophenyl-1)-17 α -(1-propynyl)-estra-4,9-dien-3-on

In der Lutealphase des Zyklus und in der Frühschwangerschaft dominiert die Progesteronaktivität. Die Blockierung des Progesteronrezeptors alteriert die adäquate Endometriumtransformation und bewirkt durch sinkende LH-Sekretion eine sekundäre Luteolyse. Mifepriston hat keinen unmittelbaren Effekt am Trophoblasten, sondern wirkt durch eine Schädigung der kapillären Endothelzellen der Dezidua. Als Folge dessen löst sich

der Trophoblast von der Dezidua. Die Sekretion von β -HCG ins mütterliche Blut sinkt ab, dadurch wird die Blutung ausgelöst. Entscheidend ist dabei nicht die verabreichte Dosis, sondern der Zeitpunkt der Applikation. So lösen 200 mg Mifepriston am 24.-27. Tag eines normalen Zyklus ebenfalls eine Blutung aus. Am wirksamsten ist die Substanz in den ersten sechs Wochen der Schwangerschaft bei einer Scheitel-Steiß-Länge des Embryos von noch unter 10 mm. In dieser Zeit beträgt die Erfolgsrate 80-87 %. [77] [78] Durch RU 486 steigt auch die Myometriumsensibilität des Uterus für Prostaglandine, auch die Produktion körpereigener Prostaglandine nimmt zu. Das führt zu spontaner Uterusaktivität. Nach dem Ausstoßen normalisiert sich der Zyklus rasch, 80 % der Anwenderinnen haben nach fünf Wochen eine Regelblutung normaler Dauer und Stärke, bei den übrigen 20 % normalisiert sich der Zyklus nach etwa 8–10 Wochen.

1.7 Weitere Anwendungsgebiete der Zukunft

Die Wirkungsweise von Mifepriston als Antiprogestin und Antiglukokortikoid lassen auf zukünftige Anwendungsmöglichkeiten hoffen, die über die des medikamentösen Schwangerschaftsabbruches weit hinausgehen. Der komplizierte Wirkmechanismus des Moleküls und die Einflussnahme auf verschiedene biochemische Rezeptorkaskaden lässt neben der antagonistischen Wirkung als Rezeptorblocker auch eine agonistische Wirkung zu. Durch die Wirkung der Zervixerweichung und Zervixdilatation wäre ein Einsatz in der Geburtshilfe bei verzögerter vaginaler Geburt denkbar. Untersuchungen über mögliche Nebenwirkungen durch die antiglukokortikoide Wirkung von RU 486 ergaben, dass bei den Neugeborenen das Auftreten hypoglykämischer Episoden post partum nicht erhöht ist. [78] Große klinische Testreihen über Dosis, Effizienz und Nebenwirkungen sind derzeit noch nicht abgeschlossen. Auch als Medikament der Wahl bei vaginaler Geburt eines Infans mortuus kann es bereits eingesetzt werden. Ein anderes Wirkungsfeld wäre der Einsatz bei einem Schwangerschaftsabbruch in höheren Schwangerschaftswochen. Langfristig könnte der Gebrauch nebenwirkungsreicherer Prostaglandine in der Geburtshilfe reduziert werden. Erste Veröffentlichungen zeigen, dass 600 mg Mifepriston, als Kontragestivum verabreicht bis 72 Stunden nach ungeschütztem Verkehr, ähnlich wirksam sind wie gängige Östrogen/Gestagenpräparate und geringere Nebenwirkungen aufweisen. Durch die Hemmung der Gonadotropinsekretion und die folgende Absenkung von LH und FSH kann die Eizellreifung beeinflusst werden. Tierversuche zeigen zwar, dass bei Langzeiteinnahme von 200 mg Mifepriston eine Endometriumhyperplasie auftreten kann, es gibt jedoch erste Versuche, RU 486 im Wechsel mit einem Progestin zu verabreichen. So könnte eine neue Ära

der östrogenfreien Kontrazeption eingeläutet werden. Dieses Potential von Mifepriston als orales Kontrazeptivum ist insgesamt jedoch ein bisher noch wenig ausgelotetes Forschungsfeld. Ein anderer Ansatz ist die Verhinderung der Implantation am Endometrium durch eine tägliche Gabe sehr niedriger Konzentrationen von 0,5 mg Mifepriston. Erste Tierversuche zeigen, dass so eine Schwangerschaft verhindert werden könnte, ohne jedoch in den natürlichen Sekretionszyklus von Östrogen und Progesteron einzugreifen und auch die Ovulation nicht zu beeinflussen. [78] Erste Studien beschäftigen sich mit der Wirksamkeit von Mifepriston zur Behandlung von Endometriose. Die subjektive Beschwerdesymptomatik der Patientinnen besserte sich oft dramatisch, histopathologisch nachvollziehbare Verbesserungen waren jedoch schwieriger nachzuweisen. Bei Uterus myomatosus bewirkten 25–50 mg tägliche Dosis über drei Monate eine Regression von Leiomyomen um etwa 50 % der Größe. Der biochemische Wirkmechanismus ist noch unklar, diskutiert werden Anovulation und eine direkte antiprogestine Wirkung an den Zellen des Leiomyoms. Erste Testreihen zur Anwendung bei Mammakarzinom waren weniger vielversprechend. Keine der untersuchten Patientinnen in Kanada und Europa zeigten dauerhafte Regressionen. Auch der Einsatz bei metastasiertem Ovarialkarzinom war wenig erfolgreich. Tierversuche zeigten, dass Mifepriston das Wachstum von Meningeomen verlangsamen kann. Klinische Testreihen zur Behandlung bei inoperablen Meningeomen laufen derzeit noch. Beim Einsatz von Mifepriston als Antiglukokortikoid, das diese Wirkung ab einer Gabe von 4 mg/kg Körpergewicht entfaltet, wird der negative Feedback-Kontrollmechanismus von Cortisol gehemmt und es kommt zu einer vermehrten Ausschüttung von ACTH und Cortisol. Der antiglukokortikoide Effekt von 400 mg Mifepriston kann durch die Gabe von 1 mg Dexamethason aufgehoben werden. Die bisher einzige effiziente Anwendung von Mifepriston als Antiglukokortikoid ist für das Cushing-Syndrom beschrieben, bei dem die ektope Sekretion von ACTH antagonisiert werden kann. Dabei sind Dosen von 5-10 mg/kg Körpergewicht nötig. Cushing-Syndrom hypophysärer Genese bleibt eine Kontraindikation für Mifepriston, weil durch den oben beschriebenen Feedback-Mechanismus die Ausschüttung von zentralem ACTH erhöht wird. Neue Laborversuche mit Mifepriston beschreiben eine erniedrigte Replikationsrate von HIV in vitro, aber eine klinische Evaluation ist wegen einer möglichen Entwicklung opportunistischer Infektionen aufgrund der auftretenden Blockade von Cortisol gefahrenreich. Antilymphoproliferative Effekte und Wirkung von Mifepriston als Antioxidanz sind beschrieben worden. Auch als lokales Agens bei Wundheilungsstörungen ist der Einsatz von RU 486 in näherer Zukunft denkbar.

Mifepriston ist ein Medikament der Zukunft, dessen Einsatzmöglichkeiten weit über den Schwangerschaftsabbruch hinausgehen wird.

1.8 Kontraindikationen

Absolute Kontraindikation für die Anwendung von Mifepriston, kombiniert mit Prostaglandin, ist in Deutschland eine Schwangerschaft, welche ein Gestationsalter von 49 Tage post menstruationem übersteigt. Auch bei einem liegenden Intrauterinpeppar, einer sicher diagnostizierten ektopen Schwangerschaft oder einer Nebenniereninsuffizienz ist eine Anwendung ausgeschlossen. Wegen der zu erwartenden Nebenwirkungen des Prostaglandins darf das Procedere bei schwerem und unzureichend behandeltem Asthma nicht angewendet werden. Gleiches gilt bei Herz- und Gefäßerkrankungen und einer bekannten Allergie gegen Mifepriston oder Prostaglandinderivaten. Relative Kontraindikationen sind chronische Erkrankungen wie insulinpflichtiger Diabetes mellitus und schwere Nieren- oder Lebererkrankung. Bei Einnahme von Antikoagulanzen und auftretenden Gerinnungsstörungen muss ein Einsatz sorgfältig abgewogen werden, ebenso bei Raucherinnen (mehr als 10 Zigaretten täglich) über 35 Lebensjahren.

1.9 Fragestellungen

Im Zentrum der Arbeit soll die Untersuchung auf Unterschiede in der psychischen Verarbeitung des Schwangerschaftsabbruches nach medikamentöser und chirurgischer Methode stehen.

Angst und Depression

- Wie verhalten sich Angst und Depression im Verlaufe des Ereignisses?
- Gibt es Anzeichen für dauerhafte Traumatisierungen?
- Wie schätzen die Frauen selbst ihr Potenzial ein, den Schwangerschaftsabbruch emotional zu bearbeiten?

Neben den klassischen Messinstrumenten zur Bestimmung von Angst und Depression und dem Ausmaß einer Traumatisierung nach dem Eingriff sollen die Frauen gezielt nach dem Grad der erlebten Belastung und dem Anteil positiver und negativer Erfahrungen im Zusammenhang mit dem Abbruch befragt werden.

Entscheidungsprozess

Ein wichtiges Thema soll auch der Entscheidungsprozess an sich sein.

- Mit welcher Sicherheit und Klarheit wurde gegen eine Schwangerschaft entschieden, inwieweit liegt ein Ambivalenzkonflikt vor?
- Was sind die Gründe für den Entschluss?
- Wer war in die Beschlussfindung involviert und wer trägt die Entscheidung mit?
- Gibt es dabei Unterschiede zwischen den Anwenderinnen beider Methoden?

Auswahl der Methode

Viel Raum sollte den Hintergründen der Methodenauswahl gegeben werden.

- Spielen demographische Aspekte eine Rolle bei der Auswahl der einen oder anderen Methode?
- Welche Kriterien sind für die Frauen die wichtigen bei der Wahl einer Methode?
- Inwieweit kommen Arzt oder Beratern eine Funktion bei der Auswahl zu?
- Wie wichtig ist den Frauen die Wahlmöglichkeit?
- Welche Worte finden Frauen selbst, um die Methoden und deren Vorzüge und Nachteile zu beschreiben?
- Fließen Vorerfahrungen eines Schwangerschaftsabbruches in die Wahl der Methode ein?
- Stellt der enge Zeitrahmen von maximal 49 Tagen post menstruationem für die Anwendung von Mifepriston einen Stressfaktor für die Frauen bezüglich ihrer Entscheidungsfindung dar ?

Schmerzen und Blutungen

Nach dem Eingriff sollen die Erfahrungen mit den physiologischen Aspekten des Abbruchs abgebildet und verglichen werden.

- Einschätzungen von Schmerzen und Blutungen
- Evaluation der Nebenwirkungen
- Einfluss dieser Wirkungen auf die psychische Befindlichkeit

Soziale Unterstützung

Die Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung während und nach dem Abbruch und ein Zusammenhang mit emotionaler Stabilität soll ein Aspekt der Untersuchung sein.

Bewertung der Methode

Den Abschluss bilden Einschätzungen der erfahrenen Methode bezüglich der Sicherheit und Akzeptanz. Ferner soll die Zufriedenheit mit der Betreuung durch das medizinische Personal von den Frauen bewertet werden. Auch hier soll den Frauen viel Raum für eigene Gedanken und Anregungen gegeben werden.

1.10 Hypothesen

Aus den Fragestellungen ergeben sich eine Reihe von Hypothesen, die geprüft werden sollen.

- Die Teilnehmerinnen der Befragung weisen unabhängig von der Methode vor dem Abbruch aufgrund des (in unterschiedlichem Maße) erlebten Schwangerschaftskonfliktes eine höhere psychische Belastung auf als nach der Lösung des Schwangerschaftskonfliktes durch einen vollzogenen Schwangerschaftsabbruch.
- Anwenderinnen der instrumentellen Methode zeigen zusätzlich aufgrund von antizipiertem Risiko bei bevorstehender Narkose und Operation eine hohe psychische Belastung vor dem Eingriff.
- Anwenderinnen des medikamentösen Verfahrens mit Mifepriston zeigen aufgrund der Ungewissheit bei der Anwendung eines neuen und wenig etablierten Verfahrens eine hohe psychische Belastung vor dem Eingriff.
- Anwenderinnen des medikamentösen Verfahrens mit Mifepriston zeigen durch die aktivere Einbeziehung in den physischen Prozess des Schwangerschaftsabbruches eine stärkere psychische Belastung nach dem Eingriff als die chirurgische Vergleichsgruppe.
- Die neue und wenig etablierte medikamentöse Methode mit Mifepriston ist aufgrund der eigenverantwortlicheren und autonomeren Anwendungsweise für Frauen höherer sozialer Schichten und höherer Bildungsgrade attraktiver.
- Frauen, die sich trotz der öffentlichen kontroversen Debatte um den medikamentösen Schwangerschaftsabbruch und der geringen Erfahrung der Mediziner im Umgang mit dem Medikament für diese Art des Abbruchs entscheiden, sind mutiger und wertschätzen die körperliche Autonomie und Übernahme der Verantwortung für den Eingriff in stärkerem Maße als in der chirurgischen Vergleichsgruppe.
- Die bekannten stärkeren Schmerzen, länger andauernden Blutungen und ausgeprägteren Nebenwirkungen beim medikamentösen Abbruch beeinträchtigen die psychische Verarbeitung. Auch verringern diese Wirkungen die Akzeptanz der medikamentösen Methode.
- Frauen, die ihre persönlichen Coping-Ressourcen und die soziale Unterstützung durch ihr Umfeld positiver einschätzen, verfügen tatsächlich über ein höheres Potenzial zur gelungenen emotionalen Bearbeitung des Lebensereignis Schwangerschaftsabbruch und zeigen vor und nach dem Eingriff geringere Ausmaße von Angst und Depression.

- Frauen mit einer starken Ambivalenz bei der Entscheidung für oder gegen die Schwangerschaft scheuen die medikamentöse Methode mit Mifepriston aufgrund einer stärkeren Involvierung und geforderten unmittelbaren Auseinandersetzung mit den Konsequenzen der Entscheidung.
- Die behandelnden Ärzte und Berater haben großen Einfluss auf die Auswahl der Methode. Besonders diejenigen Frauen, welche die neue und wenig etablierte medikamentöse Methode in Erwägung ziehen, greifen bei ihrer Entscheidung auf die Information und Beratung durch das medizinische Personal zurück.
- Der Anwendungszeitrahmen von 49 Tagen p.m. für Mifepriston ist für viele Frauen zu eng gefasst und beeinträchtigt sie in ihrer Entscheidungsfreiheit bei der Methodenauswahl.
- Die Frauen, welche die Befragung nach erfolgreichem Eingriff nicht weiterführen, sind gefährdeter für eine problematische psychische Verarbeitung und beantworten aufgrund schlechter Erfahrungen mit dem Schwangerschaftsabbruch den zweiten Teil der Studie nicht mehr. Sie zeigen eine höhere psychische Belastung und geringere Coping-Ressourcen. Sie gehören niedrigeren sozialen Schichten an und besitzen einen geringeren Bildungsabschluss.

2 Methoden

2.1 Fallkollektiv und Kontrollkollektiv

Studiendesign

Die vorliegende Arbeit ist als prospektive, nicht randomisierte Fall-Kontroll-Studie angelegt.

Einschlusskriterien

In fünf verschiedenen Institutionen wurden Frauen, die sich zum Abbruch einer Schwangerschaft nach Beratungsregelung (§218a Absatz 1 und § 219 Abs. 2 Satz 2 StGB) entschlossen hatten, um Teilnahme an der Studie gebeten.

Ausschlusskriterien

Ausgeschlossen waren also diejenigen, bei denen ein Schwangerschaftsabbruch aus kriminologischer (§218a Absatz 3 StGB), genetischer oder medizinischer (§218a Absatz 2 StGB) Indikation vorgenommen wurde. Ebenfalls nicht aufgenommen wurden Frauen mit einer bekannten psychiatrischen Vorerkrankung oder Frauen mit unzureichenden Kenntnissen der deutschen Sprache. Alle im Kapitel 1.8. aufgeführten Kontraindikationen aus medizinischer Sicht für die Anwendung von Mifepriston bilden ebenfalls Ausschlusskriterien für diese Studie. Lediglich eine Überschreitung des Anwendungszeitraums von 49 Tagen p.m. zum Zeitpunkt des Eingriffs und die infolgedessen eingeschränkte Wahlfreiheit zwischen beiden Methoden war zulässig, ist jedoch bei der Beschreibung der Kollektive genau abgegrenzt und gesondert untersucht worden. Nach erfolgter Schwangerschaftskonfliktberatung und vor dem geplanten Eingriff wurden die Frauen in den Praxen angesprochen, eine übergroße Mehrheit willigte in die Teilnahme ein und unterschrieb eine Einverständniserklärung. Die 219 Teilnehmerinnen entschieden sich im Vorfeld selbst für einen medikamentösen Schwangerschaftsabbruch mittels Mifegyne® (600 mg Mifepriston oral, gefolgt von Misoprostol oral bzw. vaginal 48h später) oder für einen chirurgischen Abbruch (Vakuumaspiration in Vollnarkose oder Lokalanästhesie). Für Mifegyne® optierten 147 Frauen, die chirurgischen Kontrollgruppe bestand aus 72 Teilnehmerinnen. Von weiteren 69 Frauen, die den zweiten Teil des Fragebogens nicht mehr ausfüllten, sind demographische Angaben und ein Teil der Antworten im Hinblick auf mögliche Unterschiede zum Studienkollektiv gesondert untersucht worden.

Ort und Zeitraum der Untersuchung

Die Untersuchung wurde in Zusammenarbeit mit vier gynäkologischen Praxen in Berlin und Lübeck und dem Berliner Familienplanungszentrum Balance durchgeführt. Alle diese Institutionen boten jeweils beide Methoden des Schwangerschaftsabbruches an, so dass die Wahlmöglichkeit für die Frauen tatsächlich gegeben war, sofern zum Zeitpunkt der Methodenauswahl das Schwangerschaftsalter eine zulässige Anwendungsgrenze für Mifepriston von 49 Tage p.m. nicht überschritten hatte. Überall war der Behandlungsablauf so organisiert, dass ein Aufenthalt der Patientinnen über mehrere Stunden angenehm, zurückgezogen und mit Begleitpersonen möglich war. Eine telefonische Kontaktierung des medizinischen Personals war in den Tagen nach dem Abbruch über Notfallhandy jederzeit möglich. Mit der Erhebung wurde unmittelbar nach der Zulassung von Mifegyne® in Deutschland im November 1999 begonnen. Sie wurde im April 2001 abgeschlossen.

2.2 Ablauf der Behandlung bei medikamentösem Schwangerschaftsabbruch mit Mifepriston

Bei der Durchführung eines medikamentösen Schwangerschaftsabbruches mit Mifepriston sind insgesamt vier Besuche beim Gynäkologen erforderlich. Beim ersten Besuch erfolgt die sonographische und rechnerische Festlegung des Schwangerschaftsalters, um die Erfüllung der Einschlusskriterien für die Anwendung (in Deutschland bis zum 49. Tag post menstruationem) sicherzustellen. Eine intrauterine Schwangerschaft muss sonographisch gesichert sein, soweit es in diesem frühen Stadium der Schwangerschaft möglich ist. Ferner muss die Blutgruppe der Frau bestimmt werden. Das nach § 219 Abs. 2 Satz 2 des Strafgesetzbuches vorgeschriebene Beratungsgespräch und die Klärung der Kostenübernahme finden ebenfalls an diesem Termin statt. Beim zweiten Termin, der frühesten drei Tage nach dem Beratungsgespräch stattfinden darf, werden 600 mg Mifepriston (drei Tabletten á 200 mg) oral verabreicht. Ein anschließender weiterer Aufenthalt in der Praxis, etwa um mögliche Unverträglichkeiten zu überwachen, ist nicht erforderlich. Beim dritten Termin, 36-48 Stunden nach der Einnahme von Mifepriston, werden 400 µg Misoprostol oral oder vaginal bzw. 1 mg Gemeprost vaginal verabreicht. Gegebenenfalls kann nach 2 Stunden bei nicht einsetzender Blutung eine erneute Gabe von Misoprostol erfolgen. In den Zulassungsbestimmungen ist eine Mindestüberwachungszeit von 3 Stunden festgelegt, um mögliche Nebenwirkungen des Prostaglandins überwachen zu können. Da etwa 80 % der Frauen die Frucht innerhalb weniger Stunden [30] ausstoßen, ist vielfach ein Aufenthalt bis zu

diesem Zeitpunkt angestrebt. Als Schmerzmedikation wird im Bedarfsfall häufig zunächst Paracetamol, später auch NSAR wie Ibuprofen oder Diclofenac, selten auch Opioide wie Tramadol oder Codein gegeben. Frauen mit rhesusnegativer Blutgruppe erhalten eine Rhesusprophylaxe. Kontrazeption sollte am Folgetag begonnen werden. Viele Einrichtungen bieten auch zu diesem Termin nach der Expulsion bereits eine sonographische Kontrolle an, um ein Verbleiben des Fruchtsacks erkennen zu können. Auch legen die Frauen sehr häufig Wert auf diese Möglichkeit der Verlaufskontrolle. Häufig sind jedoch noch Koagel oder auch Plazentarestes darstellbar. Dieses ist jedoch zu diesem Zeitpunkt nicht als Zeichen für einen inkompletten Abort zu werten. Bei einem vierten Termin 6-12 Tage nach der Prostaglandingabe wird sonographisch die Vollständigkeit der Abortes verifiziert, es kann auch eine quantitative β -HCG-Kontrolle durchgeführt werden.

2.3 Ablauf der Behandlung bei chirurgischem Schwangerschaftsabbruch

Beim ersten Besuch, in der Regel beim betreuenden Gynäkologen, erfolgt auch hier die sonographische Feststellung einer intrauterinen Schwangerschaft und die Festlegung des Schwangerschaftsalters. Dann findet das vorgeschriebene Beratungsgespräch und die Klärung der Kostenübernahme statt. Zusätzlich wird die Blutgruppe der Frau bestimmt. Nach dieser Voruntersuchung stellen sich die Frauen frühestens drei Tage nach erfolgtem Beratungsgespräch beim operierenden Arzt vor. Alle an unserer Studie beteiligten Institutionen führen den Eingriff ambulant mittels Vakuumaspiration durch. Ein Teil der Kollegen und Kolleginnen nutzt für den instrumentellen Eingriff ausschließlich die Vollnarkose, andere bieten zusätzlich auch einen Eingriff in Lokalanästhesie an. Einem Kontrolltermin wenige Tage nach dem Eingriff nehmen die Frauen zum Teil nochmals beim operierenden Arzt war oder stellen sich wieder beim betreuenden Gynäkologen vor.

2.4 Aufbau des Fragebogens

Vor dem Eingriff und vier Wochen danach wurde jeweils ein umfangreicher Fragebogen ausgefüllt, der neben demographischen Aspekten, Beweggründen, Fragen nach der Unterstützung durch das soziale Umfeld, Angaben über die Zufriedenheit mit der erfahrenen Behandlung und medizinischen Details die deutsche Fassung der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) und der Impact of Event Scale (IES) integrierte. Viel Raum wurde für eigene Gedanken eingearbeitet, fast alle Themenkomplexe enthielten ein zusätzliches Feld für ganz persönliche Antwortmöglichkeiten, welche die vorgeschlagenen im Bedarfsfall

ergänzen konnten. Alle Bögen wurden anonymisiert und mittels Initialien und Geburtsdatum der Teilnehmerinnen codiert.

2.4.1 Protokoll des Eingriffs

Dieses wurde vom medizinischen Personal am Tag der Erstvorstellung ausgefüllt und im Verlauf der Behandlung vervollständigt. Es war nicht anonymisiert, so dass bei Rückfragen ein Einblick in die Krankenakte erfolgen konnte.

- Datum des Eingriffs
- Datum der letzten Periode
- Angaben zur reproduktiven Anamnese der Teilnehmerin (Partus/Abruptio/Abort)
- Angaben über den Wunsch der Methode vor und nach der Beratung
- möglicherweise zutreffende Kontraindikationen für einen medikamentösen Schwangerschaftsabbruch (Gestationsalter, Vorerkrankungen)
- bei chirurgischer Methode: Angaben über Art der Narkose, intraoperative Besonderheiten
- bei medikamentöser Methode: Zeitpunkt des Fruchtabgangs, Besonderheiten, verabreichte Schmerzmedikamente, Antibiose, Sonographiebefund bei Nachkontrolle

2.4.2 Erster Teil des Fragebogens

Er wurde am Tag der Prostaglandinapplikation ausgegeben und von den Teilnehmerinnen sofort ausgefüllt. Er enthielt neben einem Anschreiben und der Einverständniserklärung Fragenkomplexe zu folgenden Themen:

- Fragebogen zur Erhebung demographischer Angaben nach Tuschen/Florin [79] (Staatsangehörigkeit, Familienstand, Ausbildungsstatus, Tätigkeit, Religion)
- Entscheidungsfindung zum Schwangerschaftsabbruch (selbst entworfener Fragebogen)
- Einbeziehung nahestehender Personen, Begleitung zur Klinik (selbst entworfener Fragebogen)
- Fragebogen zur Self-Efficacy nach Cozzarelli [53] [54]
- Hintergründe der Methodenauswahl (selbst entworfener Fragebogen)
- Komplex der verbalen Assoziation:
- Frage nach spontanen Gedanken und Phantasien zu beiden Methoden des Abbruchs (selbst entworfener Fragebogen)

- Deutsche Fassung der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D) [80]

2.4.3 Zweiter Teil des Fragebogens

Dieser wurde den Teilnehmerinnen nach dem Abbruch mitgegeben und um Beantwortung und Rücksendung per Post (frankierter Rückumschlag beiliegend) vier Wochen nach dem Eingriff gebeten. Nach Ablauf dieser Zeit wurde bei Nichteingang telefonisch Kontakt aufgenommen, um an die Ausfüllung zu erinnern. Dieser Fragebogen enthielt folgende Details:

- Dauer und Stärke von Blutung und Schmerzen sowie aufgetretener Nebenwirkungen (selbst entworfener Fragebogen)
- Zufriedenheit mit der Unterstützung durch nahestehende Personen (selbst entworfener Fragebogen)
- Beurteilung der jeweils angewandten Methode (selbst entworfener Fragebogen)
- Methodenpräferenz in einer hypothetischen zukünftigen Situation,
- Frage nach mit eigenen Worten formulierter Begründung dieser Auswahl (selbst entworfener Fragebogen)
- Zufriedenheit mit der Betreuung (selbst entworfener Fragebogen)
- Deutsche Fassung der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D) [80]
- Deutsche Fassung der Impact of Event Scale nach Horowitz (IES) [81] [82] [83]

2.4.4 Hospital Anxiety and Depression Scale

Dieser kurze Selbstbeurteilungsfragebogen wurde 1983 von Zigmond und Snaith [84] entwickelt und ist inzwischen einer der häufigst angewandten Tests zur Erfassung von Angst und Depression. Weltweit ist er bisher in mehreren hundert Studien zum Einsatz gekommen. Die deutsche Adaptation von Herrmann et al. [80] liegt seit 1993 vor. Erfasst wird vorwiegend eine generalisierte, frei flottierende Angstsymptomatik. Situationsgebundene Ängste, wie etwa vor medizinischen Eingriffen, werden bewusst nicht erfasst. So können kurzfristige Schwankungen im Rahmen einer medizinischen Behandlung vermieden werden und es werden mittel- bis längerfristige Änderungen des globalen Angstniveaus abgebildet. Depression wird im Konzept einer milden ‚endogenomorphen‘ Symptomatik (Snaith) bewertet und ist durch die geminderte Fähigkeit, Freude zu erleben, charakterisiert. Dieser Fragebogen wurde ausgewählt und anderen häufig verwendeten Instrumenten wie zum Beispiel dem State-Trait-Anxiety-Inventory (STAI), der modifizierten Edinburgh Postnatal

Depression Scale (EPDS) oder dem Beck Depression Inventory (BDI) vorgezogen, weil er in kurzer Form nicht nur die Angst, sondern gleichzeitig auch das bei einem Ereignis wie dem Schwangerschaftsabbruch sehr relevante Ausmaß der Depression erfassen kann. In anderen Arbeiten zum Thema Schwangerschaftsabbruch ist er oft verwendet worden, zum Beispiel von Henshaw et al. (1994) und Slade et al. (1998). Die HADS enthält 14 Items (je 7 pro Subskala in alternierender Abfolge) mit vierstufigen itemspezifischen Antwortmöglichkeiten (0-3 Punkte). Pro Subskala werden die Punktwerte addiert, so dass jeweils ein Antwortspektrum von 0-21 Punkten möglich ist.

- Werte bis 7 werden als unauffällig angesehen
- Werte von 8-10 gelten als grenzwertig
- Werte ab 11 sind Ausdruck einer bestehenden Symptomatik

Allgemein haben sich Cut-off-werte von 7 und 10 durchgesetzt, die Sensivität und Spezifität dieser Wertebereiche für die Erkennung von psychischen Auffälligkeiten sind wiederholt überprüft worden. Neben diesen Grenzwerten gibt es jedoch auch alters- und geschlechtsspezifische Perzentilenwerte. Für wissenschaftliche Fragestellungen haben sich sowohl Mittelwertvergleiche der Rohwerte als auch Gruppenbildungen in den Wertebereichen bewährt.⁸⁶

2.4.5 Impact of Event Scale (IES)

Ursprünglich wurde dieser Selbstbeurteilungsfragebogen von Horowitz et al [81] schon 1979 und somit vor der Einführung des Terms „posttraumatic stress disorder (PTSD)“ entwickelt, hat sich aber seither als eines der am häufigsten eingesetzten Messinstrumente in der Traumaforschung etabliert. Eine weiterentwickelte deutsche Version von Ferring und Filipp [82] [83] existiert seit 1991. Diese verwendet jedoch eine zusätzliche Frage und gruppiert die nunmehr 16 Items in drei Subskalen. International wird jedoch die ursprüngliche Version nach Horowitz eingesetzt, gerade auch in Vergleichsstudien zum Schwangerschaftsabbruch. Aus diesem Grund nutzt auch unsere Studie diese Originalversion. Die wörtliche deutsche Übersetzung der englischen Formulierungen ist der deutschen Version von Ferring und Filipp entnommen worden. Insgesamt 15 Items mit vierstufigen Antwortmöglichkeiten (0-5 Punkte) sind zwei Subskalen zugeordnet (7 Items zu Intrusion, 8 Items zu Vermeidung). Intrusion ist charakterisiert durch das wiederholte Auftreten unerwünschter Gedanken und Bilder, Albträume und starker Gefühlswellen, die mit dem Ereignis assoziiert sind. Kennzeichnend sind der Kontrollverlust über Informationsfluss und Gedankenregulierung. Der psychische Abwehrprozess ist beeinträchtigt. Typische Vermeidungshaltung ist gekennzeichnet durch

Bagatellisierung der Bedeutung und Konsequenzen eines Ereignisses, kontraphobisches Verhalten und Gewährwerden von emotionaler Abgestumpftheit. Die erreichten Werte beider Subskalen werden addiert. Es sind unterschiedliche Cut-Off-Werte in verschiedenen Studien beschrieben worden, bei der Verwendung in Arbeiten zum Schwangerschaftsabbruch [75] [85] hat sich folgendes Regime bewährt:

- Werte bis 8 sprechen für eine geringe Reaktion auf das Ereignis
- Werte von 9-19 als Ausdruck mittlerer Reaktion
- Werte ab 20 deuten auf ein klinisch bedeutsames Ausmaß der Reaktion im Sinne der jeweiligen Subskala hin

Horowitz gibt zusätzlich auch Cut-Off-Werte für die Summierung beider Subskalen an:

- Werte unter 20 entsprechen einer normalen Reaktion auf ein Ereignis
- Werte von 20-30 gelten als moderate Stressreaktion
- Werte von 31-40 deuten auf eine traumatische Stressreaktion hin
- Werte über 41 sind Zeichen einer schwerwiegenden Reaktion im Sinne der PTSD

2.4.6 Fragebogen zur Self-Efficacy

Dieser Fragebogen wurde von auf der Basis einer Arbeit von Bandura und Adams (1977) von Cozzarelli et al. weiterentwickelt und in Studien in den USA eingesetzt. Auf der Grundlage der in diesen Studien bestätigten Hypothese, dass diejenigen Frauen, die sich selbst im Vorfeld eine positive Bewältigung des gewünschten Schwangerschaftsabbruches zutrauen, diesen hinterher tatsächlich besser in ihre Lebensgeschichte integrieren können, wird ein Self-Efficacy-Score ermittelt. Diesen kann man hinterher mit anderen Ergebnissen zur Verarbeitung (z.B. HADS, IES) ins Verhältnis setzen. In einer ersten Studie von 1990 [54] wurden zehn verschiedene Aussagen zu Verhalten nach einem Schwangerschaftsabbruch vorgegeben, bei denen die Teilnehmerinnen ihre persönliche Einschätzung auf einer Visuellen Analog-Skala (VAS) von 0-10 cm (überhaupt nicht – ohne weiteres) eintragen sollten. In einer zweiten Befragung 1993 [53] wurden nur noch die fünf Items verwendet, die 1990 die höchste item-total correlation gezeigt hatten. Die interne Konsistenz der reduzierten Version (Cronbachs Alpha 0.86) war so gut wie die der längeren Originalfassung (0.84). In der vorliegenden Arbeit wurden acht der zehn Items verwendet. Ein Item wurde wegen eines spezifisch US-amerikanischen Hintergrunds weggelassen („to be able to have a comfortable abortion anniversary day“). Zwei Items wurden zusammengefasst („to be able to maintain good sexual relations in general“ and „with their partners“). Die folgenden acht Items fanden

in der vorliegenden Arbeit Verwendung.

Ich glaube heute, in der nächsten Zeit folgendes tun zu können:

- Wie immer meinem gewöhnlichen Tagesablauf nachgehen zu können
- An der Praxis vorbeifahren oder dort einen Termin wahrnehmen zu können
- Mit Freunden über die Erfahrung reden zu können
- Fernsehfilme zu sehen oder Artikel lesen zu können, die sich mit Schwangerschaftsabbruch beschäftigen
- An eine eventuelle zukünftige Schwangerschaft denken zu können, ohne dass es weh tut
- Wie bisher sexuelle Beziehungen mit einem Partner haben zu können
- An Babies und Kinder denken zu können, ohne dass es weh tut
- Zeit mit Babies und Kindern verbringen zu können, ohne dass es weh tut

Für die Ermittlung des Self-Efficacy-Scores werden die Werte der einzelnen Items auf der VAS addiert und durch die Summe der Gesamtanzahl der Items dividiert.

2.5 Statistische Auswertung

Die vorliegende Arbeit ist als multivariate Studie angelegt. Untersucht wurden Variablen unterschiedlicher Skalenqualität. Neben wenigen metrisch ordinierten Skalierungen wie Alter, Angaben zur reproduktiven Anamnese wie Parität und Schwangerschaftsalter finden vor allem nominal skalierte Angaben Verwendung. Darüber hinaus sind einige Fragestellungen ordinal skaliert worden, dazu gehören auch alle verwendeten Selbstbeurteilungsfragebögen wie die Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) und die Impact of Event Scale (IES). Der Fragebogen nach Cozzarelli und alle weiteren Fragenstellungen, die Visuelle Analog-Skalen verwenden, sind im strengen Sinne ebenfalls als ordinal skaliert aufzufassen. Um die Angaben der Anwenderinnen zweier unterschiedlicher Verfahren des Schwangerschaftsabbruches miteinander vergleichen zu können, wurde bei allen nominal skalierten Fragestellungen Kreuztabellen und der Chi-Quadrat-Test nach Pearson verwendet. Bei erwarteten Häufigkeiten kleiner als fünf wurde zusätzlich der exakte Test (Monte-Carlo-Signifikanz, zweiseitig) durchgeführt. Bei einigen Fragestellungen sind neben der Signifikanzprüfung für die Gesamtaussage auch Signifikanzprüfungen für die einzelnen Schichten durchgeführt worden, um detaillierte Unterschiede besser verdeutlichen zu können. Bei einer Reihe von Angaben wurden lediglich einfache Häufigkeitsberechnungen angestellt, wenn ein direkter Vergleich zwischen den beiden Methoden nicht sinnvoll erschien. Bei

vergleichenden Untersuchungen zum Lebensalter wurde nach vorgeschalteter Prüfung auf Normalverteilung der T-Test verwendet. Auch bei den eigentlich nicht metrisch angeordneten Daten der Visuellen Analog-Skala wurde zusätzlich eine Mittelwertberechnung anhand des T-Testes vorgenommen, um diese Werte mit den Angaben internationaler Studien vergleichen zu können. Für die Prüfung auf signifikante Unterschiede zwischen den beiden Methoden wurde jedoch bei allen Erhebungen mit Visueller Analog-Skala Rangfolgen mittels U-Test (Mann-Whitney-U-Test) gebildet. Bei der Auswertung von HADS und IES wurden zunächst die erreichten Punktzahlen einem Ausprägungsniveau zugeordnet und diese Schichten bei beiden Methoden des Schwangerschaftsabbruches mittels Chi-Quadrat-Test miteinander verglichen. Die erreichten Absolutpunktzahlen wurden zusätzlich für Mittelwertberechnungen mittels T-Test herangezogen, um diese Werte mit den Berechnungen anderer Studien vergleichen zu können. Dabei wurde jedoch eine Varianzanalyse vorgeschaltet, um eine Aussage über das Maß der Unterschiede sowohl für die beiden Verfahren im zeitlichen Verlauf als auch zwischen den Methoden zum jeweiligen Messzeitpunkt treffen zu können. Anschließend wurde für jede der beiden Verfahren getrennt eine Verlaufsbeobachtung der erreichten Werte bei den einzelnen Teilnehmerinnen durch Berechnung von Kappa und McNemar-Test vorgenommen. Um den möglichen Einfluss verschiedener Parameter auf Angst und Depression eines klinisch relevanten Ausmaßes zu überprüfen, wurden Korrelationen mittels Chi-Quadrat-Test nach Pearson untersucht. Die statistische Auswertung der erhobenen Daten erfolgte mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS (Statistical Package für Social Sciences). Es wurde zunächst die deutsche Version 9.0 und später 10.0 verwendet. Als Signifikanzniveau wurde das 5 %-Niveau gewählt, das in vergleichbaren wissenschaftlichen Arbeiten üblich ist (Irrtumswahrscheinlichkeit $p < 0,05$).

3 Ergebnisse

Es wurde lückenlos zu dokumentieren versucht, ob für die Anwenderinnen der instrumentellen Methode eine Wahlfreiheit bestand oder aus Gründen des erhöhten Gestationsalters oder finanziellen Erwägungen auf Mifepriston verzichtet werden musste. So gibt es unter den insgesamt 72 Teilnehmerinnen der chirurgischen Gruppe mit 52 Personen eine große Mehrheit von Frauen, denen tatsächlich beide Optionen des Schwangerschaftsabbruches offenstanden. Zwanzig weitere konnten die medikamentösen Methode aufgrund einer über 49 Tage p.m. fortgeschrittenen Schwangerschaft zum Zeitpunkt der Entscheidung für den Abbruch nicht mehr anwenden, 19 davon hätten sich sonst für Mifepriston entschieden. Bei allen relevanten Fragekomplexen zu Auswahl der Methode, Zufriedenheit und zukünftiger Methodenpräferenz ist diese Limitierung ausführlich berücksichtigt und getrennt analysiert dargestellt worden. Um den Umfang dieser Arbeit nicht noch weiter zu sprengen, ist auf eine lückenlose Darstellung der Unterschiede zwischen der chirurgischen Gesamtgruppe und den 52 Frauen, die von Beginn an einen instrumentellen Eingriff favorisiert haben, verzichtet worden. Alle Parameter sind jedoch zusätzlich getrennt analysiert worden, um das Potenzial von Verfälschungen gering zu halten. Weder bei demographischen Aspekten, bei den Fragen der sozialen Unterstützung, bei den physiologischen Auswirkungen noch bei Fragen zur Beurteilung der Methoden und Zufriedenheit sind signifikante Unterschiede innerhalb der chirurgischen Gesamtgruppe aufgetreten. Auch die Aussagen von HADS und IES verändern sich nicht, wenn nur die 52 Frauen mit favorisiertem chirurgischen Abbruch zu den Berechnungen hinzugezogen werden. Bei geringgradigen, aber durchaus erwähnenswerten Modifikationen sind diese in jedem Fall beschrieben worden.

3.1 Auswertung der demographischen Angaben

3.1.1 Alter

Der Mittelwert des Alters in der Gruppe des chirurgischen Abbruchs beträgt 30,5 Jahre, bei den Frauen mit medikamentösem Abbruch durchschnittlich 30,2 Jahre. ($p=0,724$, T-Test bei vorliegender Normalverteilung). Bei einer Aufteilung in verschiedene Altersgruppen findet sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Anwenderinnen beider Methoden. Bei einem Vergleich des durchschnittlichen Lebensalters beider Gruppen ergibt sich ebenfalls kein Unterschied.

Tabelle 1: Altersverteilung (Chi²-Test)

Altersgruppen	Chirurgischer Abbruch (n=71)	Medikamentöser Abbruch (n=145)
bis 20 Jahre	4 (5,6%)	10 (6,9%)
21-25 Jahre	10 (14,1%)	20 (13,8%)
26-30 Jahre	21 (29,6%)	52 (35,9%)
31-35 Jahre	20 (28,2%)	31 (21,4%)
36-40 Jahre	14 (19,7%)	27 (18,6%)
41-45 Jahre	2 (2,8%)	5 (3,4%)
fehlende Angaben	1	2

Chi²=1,697; 5 df (Freiheitsgrade); p=0,895

3.1.2 Nationalität

Auch die Nationalität der Teilnehmerinnen ergab keinen Hinweis auf einen Unterschied zwischen den Anwenderinnen beider Methoden. Fast ausschließlich Frauen deutscher Staatsangehörigkeit konnten für die Mitarbeit gewonnen werden. Dieses Bild ist sicherlich etwas verzerrt durch die Tatsache, dass nur Frauen mit ausreichenden Sprachkenntnissen teilnehmen konnten. Der tatsächliche Anteil von ausländischen Frauen, die sich zu einen Schwangerschaftsabbruch entschließen, fällt laut Erfahrungen der behandelnden Institutionen deutlich höher aus. In der Gruppe des chirurgischen Abbruchs war jeweils eine Teilnehmerin aus Polen, Österreich, Italien und Schweden dabei. Für die medikamentösen Methode entschied sich jeweils eine Frau aus Polen, Österreich, Spanien, Griechenland, Brasilien, Argentinien und den USA. Zwei Frauen dieser Gruppe kamen aus Frankreich.

Tabelle 2: Nationalität (Chi²-Test)

Nationalität	Chirurgischer Abbruch (n=72)	Medikamentöser Abbruch (n=145)
deutsch	68 (94,4 %)	136 (93,8 %)
andere	4 (5,6 %)	9 (6,2 %)
fehlende Angaben	0	2

Chi²=0,036; 1 df; p=0,849

3.1.3 Familienstand

Ein höherer Anteil der Frauen, die einen chirurgischen Abbruch bevorzugen, sind alleinstehend (37,5 % versus 26,5 %). Der Anteil in fester Partnerschaft lebender Frauen ist etwa gleich. In der Gruppe der Frauen mit medikamentösem Schwangerschaftsabbruch sind ein größerer Anteil der Frauen verheiratet (13,9 % versus 21,8 %). Insgesamt erreicht jedoch keiner dieser Vergleiche ein Signifikanzniveau.

Tabelle 3: Familienstand (Chi²-Test)

Familienstand	Chirurgischer Abbruch (n=72)	Medikamentöser Abbruch (n=147)
alleinstehend/Single	27 (37,5 %)	39 (26,5 %)
in fester Partnerschaft	28 (38,9 %)	60 (40,8 %)
verheiratet	10 (13,9 %)	32 (21,8 %)
getrennt	4 (5,6 %)	8 (5,4 %)
geschieden	3 (4,2 %)	8 (5,4 %)
fehlende Angaben	0	0

Chi²=3,697; 4 df; p=0,466

3.1.4 Bildungsstand

Bei allen Frauen wurde der jeweils der bislang höchste Bildungsabschluss gewertet. Das Bildungsniveau der Teilnehmerinnen ist in beiden Gruppen sehr ähnlich, in der Gruppe des chirurgischen Abbruchs haben geringfügig mehr Frauen das Abitur abgelegt oder weitergehend einen Fach- oder Hochschulabschluss.

Tabelle 4: Bildungsstand (Chi²-Test)

Bildungsstand	Chirurgischer Abbruch (n=72)	Medikamentöser Abbruch (n=146)
keinen Abschluss	0	1 (0,7 %)
Hauptschule	2 (2,8 %)	5 (3,4 %)
Realschule	3 (4,2 %)	7 (4,8 %)
Fachabitur	2 (2,8 %)	5 (3,4 %)
Abitur	12 (16,7 %)	21 (14,4 %)
Berufsausbildung	27 (37,5 %)	59 (40,4 %)
HSA/FSA	26 (36,1 %)	48 (32,9 %)
fehlende Angaben	0	1

Chi²=1,078; 6 df; p=0,995

3.1.5 Tätigkeit

Angaben zur derzeitig ausgeführten Tätigkeit sind ohne signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen. Die größte Berufsgruppe stellen mit etwa der Hälfte aller Teilnehmerinnen jeweils die Angestellten dar, unter den Frauen mit chirurgischem Abbruch ein leicht höherer Anteil. Ein Sechstel der Teilnehmerinnen beider Gruppen sind Studentinnen.

Tabelle 5: Derzeitige Tätigkeit (Chi²-Test)

Tätigkeit	Chirurgischer Abbruch (n=71)	Medikamentöser Abbruch (n=145)
Arbeiterin	0	3 (2,1 %)
Angestellte	36 (50,7 %)	59 (40,7 %)
Beamtin	2 (2,8 %)	7 (4,8 %)
Freier nichtakademischer Beruf	6 (8,5 %)	7 (4,8 %)
Akademikerin	3 (4,2 %)	7 (4,8 %)
Hausfrau	5 (7,0 %)	16 (11,0 %)
Auszubildende	1 (1,4 %)	11 (7,6 %)
Studentin	12 (16,9 %)	24 (16,6 %)
Schülerin	1 (1,4 %)	3 (2,1 %)
arbeitslos	5 (7,0 %)	8 (5,5 %)
fehlende Angaben	1	2

Chi²=8,451; 9 df; p=0,501

3.1.6 Religionszugehörigkeit

Die Daten zur Religionszugehörigkeit ergaben keinen signifikanten Unterschied zwischen den Anwenderinnen beider Methoden des Schwangerschaftsabbruches. Die Hälfte der Frauen sind ohne Religionszugehörigkeit, jeweils ein Drittel ist evangelischer Konfession. Ein Zehntel der Frauen gehören dem katholischen Glauben an. Andere Religionsgemeinschaften sind kaum vertreten.

Tabelle 6: Religionszugehörigkeit (Chi²-Test)

Religionszugehörigkeit	Chirurgischer Abbruch (n=71)	Medikamentöser Abbruch (n=147)
keine	41 (57,7 %)	81 (55,1 %)
evangelisch	20 (28,2 %)	46 (31,3 %)
katholisch	10 (14,1 %)	16 (10,9 %)
muslimisch	0	2 (1,4 %)
andere	0	2 (1,4 %)
fehlende Angaben	1	0

Chi²=2,557; 4 df; p=0,634

3.1.7 Reproduktive Anamnese

Bezüglich der Angaben zu erlebten Geburten, Schwangerschaftsabbrüchen oder Aborten konnten ebenfalls keine signifikanten Unterschiede beobachtet werden. Knapp die Hälfte aller Teilnehmerinnen hat Kinder geboren. Gut ein Viertel der Frauen hatte bereits in der Vergangenheit einen Schwangerschaftsabbruch durchführen lassen. Erfahrungen mit Fehlgeburten haben nur wenige Frauen. Etwa 40 % der Frauen in beiden Gruppen sind Primigravidae.

Tabelle 7: Reproduktive Anamnese (Chi²-Test)

	Chirurgischer Abbruch (n=72)	Medikamentöser Abbruch (n=145)	Chi ²	p
Kinder geboren	33 (45,8%)	66 (45,5%)	0,002	p=0,965
Abruptio-Vorerfahrung	18 (25,0%)	43 (29,7%)	0,516	p=0,473
Abort-Vorerfahrung	6 (8,3%)	17 (11,7%)	0,584	p=0,445
erste Schwangerschaft	31 (43,1%)	58 (40,0%)	0,186	p=0,667
fehlende Angaben		2		

3.1.8 Schwangerschaftsalter

Ein Großteil der Teilnehmerinnen (> 80 %) mit chirurgischer Methode wählt diese Methode bereits zu einem früheren Zeitpunkt aus, lässt den Schwangerschaftsabbruch jedoch wie bei dieser Methode üblich erst in der 7. – 10. Schwangerschaftswoche durchführen. Fast zwei Drittel der Mifepriston-Anwenderinnen nehmen den Abbruch erst wenige Tag vor Ablauf der Frist von 49. Tagen p.m. vor.

Tabelle 8: Schwangerschaftsalter

Schwangerschaftsalter	Chirurgischer Abbruch (n=70)	Medikamentöser Abbruch (n=144)
5. Woche (Tag 28 – 35 p.m.)	0	4 (1,9 %)
6. Woche (Tag 36 – 42 p.m.)	6 (8,6 %)	49 (34,0 %)
7. Woche (Tag 43 – 49 p.m.)	18 (25,7 %)	91 (63,2 %)
8. Woche (Tag 50 – 56 p.m.)	16 (22,9 %)	
9. Woche (Tag 57 – 63 p.m.)	14 (20,0 %)	
10. Woche (Tag 64 – 70 p.m.)	10 (14,3 %)	
11. Woche (Tag 71 – 77 p.m.)	5 (7,1 %)	
12. Woche (Tag 78 – 85 p.m.)	1 (1,4 %)	
fehlende Angaben	2	3

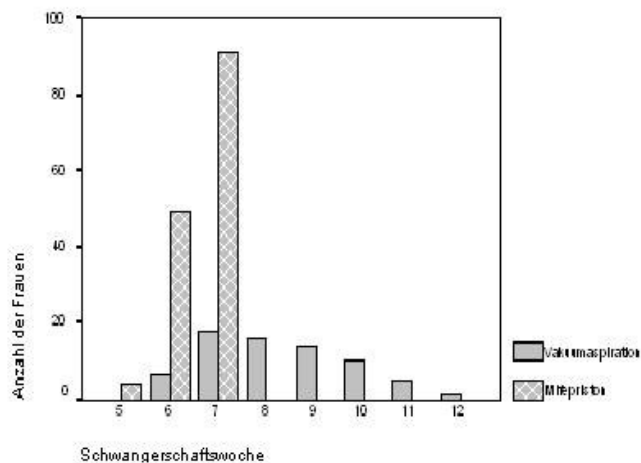


Abbildung 2: Verteilung des Schwangerschaftsalters bei Durchführung des Abbruchs für die jeweils angewandte Methode

Zusammengefasst kann gesagt werden, dass es in der vorliegenden Studie bezüglich der demographischen Parameter keinen signifikanten Unterschied zwischen den Frauen, die jeweils unterschiedliche Methoden des Schwangerschaftsabbruches bevorzugten, gibt.

3.1.9 Vergleich mit den Angaben des Statistischen Bundesamtes

Im Folgenden eine Darstellung unter Verwendung der offiziellen Daten des Statistischen Bundesamtes in Wiesbaden [8], welches jährlich eine Aufstellung der Angaben aller Frauen mit in Deutschland stattgehabtem Schwangerschaftsabbruch nach Beratungsregelung veröffentlicht. Da die übergroße Mehrheit der Teilnehmerinnen unserer Studie den Abbruch im Jahr 2000 in Berlin durchführte, seien auch die Berliner Daten mit angegeben, die zum Teil vom Bundesdurchschnitt abweichen.

Tabelle 9: Demographie-Vergleich mit Daten des Statistischen Bundesamtes 2000

		Deutschland (n=130.945)	Berlin (n=11.672)	Studienkollektiv (n=219)
Alter	< 15	552 (0,4 %)	48 (0,3 %)	0
	15 – 17	5.679 (4,3 %)	430 (3,7 %)	3 (1,4 %)
	18 – 24	37.189 (28,4 %)	3.369 (28,9 %)	33 (15,1 %)
	25 – 29	28.429 (21,7 %)	2.747 (23,5 %)	62 (28,4 %)
	30 – 34	29.347 (22,4 %)	2.637 (22,6 %)	62 (28,4 %)
	35 – 39	21.513 (16,4 %)	1.861 (15,9 %)	44 (20,2 %)
	40 – 44	7.563 (5,8 %)	532 (4,6 %)	11 (5,0 %)
	45+	673 (0,5 %)	56 (0,5 %)	3 (1,4 %)
Familienstand	Ledig	58.946 (45,0 %)	5.834 (50,0 %)	154 (70,3 %)
	Verheiratet	63.515 (48,5 %)	5.141 (44,0 %)	41 (19,2 %)
	geschieden	7.935 (6,1 %)	654 (5,6 %)	23 (10,5 %)
	verwitwet	549 (0,4 %)	43 (0,4 %)	0
	kinderlos	50.169 (38,3 %)	4705 (40,3 %)	118 (53,9 %)

Bei einem Vergleich des Studienkollektivs mit der bundesrepublikanischen Kontrollpopulation fällt auf, dass die Teilnehmerinnen unserer Studie um einiges älter, deutlich häufiger ledig und kinderlos waren. Dieser Trend bleibt auch bei einem Vergleich mit den Berliner Gesamtdaten bestehen.

3.1.10 Vergleich der demographischen Angaben von Studienteilnehmerinnen und Studienabbrecherinnen

Neben den 219 Teilnehmerinnen, die uns beide Teile des Fragebogens (vor dem Eingriff und vier Wochen nach dem Eingriff) ausgefüllt zu Verfügung stellten, gab es 69 Teilnehmerinnen, die auch trotz telefonischer Nachfrage den zweiten Teil des Fragebogens nicht mehr ausgefüllt zurücksandten. Bei insgesamt 288 anfänglichen Teilnehmerinnen entspricht das einer Abbrecherquote von knapp 24 %. Da dieses immer die Gefahr einer Verfälschung der Resultate durch eine gewisse Selektionsbias darstellt, werden im Folgenden die

demographischen Angaben der 219 Frauen mit vollständig ausgefüllten Fragebögen mit denen der Studienabbrecherinnen verglichen. Von den insgesamt 69 Frauen, die der Studie nicht bis zum Ende zur Verfügung standen, ließen 21 einen chirurgischen Abbruch durchführen, 48 entscheiden sich für einen medikamentösen Schwangerschaftsabbruch mit Mifepriston. Damit entspricht die Verteilung innerhalb der Studienabbrecher-Gruppe mit etwa doppelt soviel Mifepriston-Anwenderinnen wie Nutzerinnen der chirurgischen Methode der Aufteilung unter den Teilnehmerinnen.

Tabelle 10: Vergleich demographischer Daten von Studienabbrechern und Teilnehmerinnen

	Teilnehmerinnen (n=216)	Studien- abbrecherinnen (n=66)	Mann-Whitney-U-Test		
Alter (Mittelwert)	30,29	28,12	p=0,044		
	Teilnehmerinnen (n=217)	Studien- abbrecherinnen (n=67)	df	Chi ²	p
Deutsche Nationalität	204 (94,0%)	61 (88,4 %)	1	2,416	p=0,120
Familienstand			5	4,675	p=0,457
Ausbildungsstatus			6	11,610	p=0,071
Tätigkeit			9	11,060	p=0,272
Religion			4	8,610	p=0,072
von Beginn klare Entscheidung	145 (66,5 %)	46 (67,6 %)	1	0,030	p=0,862
Abruptio-Vorerfahrung	61 (28,1 %)	23 (34,3 %)	1	0,950	p=0,330
Abort-Vorerfahrung	23 (10,6 %)	10 (14,9 %)	1	0,933	p=0,334
Kinder geboren	99 (45,6 %)	33 (49,3 %)	1	0,271	p=0,602
erste Schwangerschaft	89 (41,0 %)	27 (40,3 %)	1	0,011	p=0,917
fehlende Angaben	2	2			

Die demographischen Angaben der Studienteilnehmerinnen stimmen in fast allen Aspekten mit denen der Studienabbrecherinnen überein. Signifikanzniveau erreicht lediglich der Vergleich des Lebensalters, die Studienabbrecherinnen sind im Mittel mit 28 zwei Jahre jünger als die Vergleichsgruppe. Ein leichter Unterschied zeichnet sich in der Gesamtverteilung des Ausbildungsstatus ab, der jedoch kein Signifikanzniveau erreicht. Betrachtet man jedoch die erreichten Ausbildungsabschlüsse im Einzelnen (hier nicht tabellarisch aufgeführt), gibt es signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen. 21,2% der Studienabbrecherinnen haben lediglich einen Haupt- oder Realschulabschluss, bei den Studienteilnehmerinnen sind es nur 7,8 % (p=0,002). Unter den Studienteilnehmerinnen gibt es mit 33,9 % einen höheren Anteil an Frauen mit Hoch- oder Fachschulabschluss als unter den Studienabbrecherinnen mit 24,2 % (p=0,138). Die reproduktive Anamnese ist sehr ähnlich, die Studienabbrecherinnen verfügen über etwas mehr Geburtserfahrung,

Abortvorerfahrung und Abruptionvorerfahrung. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sich unter den Frauen, die an der Studie nicht bis zum Ende teilnahmen, im Mittel jüngere Frauen mit etwas geringerem Bildungsniveau befanden.

3.2 Entscheidungsfindung zum Schwangerschaftsabbruch

3.2.1 Klarheit der Entscheidung

Befragt zur Klarheit in der Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch, gaben unter den Teilnehmerinnen diejenigen mit medikamentöser Methode mit fast drei Viertel der Befragten (n=105; 71,4 %) signifikant häufiger an, von Anfang an zu diesem Schritt entschlossen gewesen zu sein. Bei den Teilnehmerinnen der Gruppe des chirurgischen Abbruchs war für gut die Hälfte (n=40; 56,3 %) die Entscheidung gegen die Schwangerschaft von Beginn an feststehend.

Tabelle 11: Klarheit der Entscheidung (Chi²-Test)

Klarheit der Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch	Chirurgischer Abbruch (n=71)	Medikamentöser Abbruch (n=147)
von Anfang an feststehende Entscheidung	40 (56,3 %)	105 (71,4 %)
nicht von Anfang an feststehende Entscheidung	31 (43,7 %)	42 (28,6 %)
fehlende Angaben	1	0

Chi²=4,895; 1 df; p=0,027; Signifikanzniveau

3.2.2 Einbeziehung nahestehender Personen in die Entscheidungsfindung

Bei der Beantwortung dieser Frage war es möglich, mehrere Antworten auszuwählen. Dadurch erklären sich folgende die 100 % überschreitenden Gesamtangaben. Auf eine Signifikanzprüfung der Gesamtverteilung wird wegen der Verzerrung des Resultates durch Mehrfachnennungen verzichtet.

Tabelle 12: Einbeziehung anderer Personen in die Entscheidungsfindung (Chi²-Test)

Einbeziehung anderer Personen in die Entscheidungsfindung	Chirurgischer Abbruch (n=71)	Medikamentöser Abbruch (n=147)	Chi ²	p
allein getroffen	34 (47,9 %)	69 (46,9 %)	0,017	p=0,895
mit dem Partner	45 (63,4 %)	95 (64,6 %)	0,032	p=0,857
mit Familie oder Freunden	22 (31,0 %)	43 (29,3 %)	0,069	p=0,793
mit professionellen Beratern	21 (29,6 %)	25 (17,0 %)	4,544	p=0,033
fehlende Angaben	1	0		

Bei der Einbeziehung nahestehender Personen gibt es zwischen den Anwenderinnen beider Gruppen große Ähnlichkeit. Knapp die Hälfte gibt jeweils an, die Entscheidung überwiegend

allein gefällt zu haben. Jeweils etwa zwei Drittel haben den Partner in die Entscheidungsfindung einbezogen, knapp ein Drittel die Entscheidung mit Familie oder Freunden besprochen. Signifikant häufiger haben Anwenderinnen der chirurgischen Methode professionelle Berater hinzugezogen (29,6 % versus 17,0 %). Eine spezielle Analyse unter den alleinstehenden Frauen zeigt, dass bei ihnen die Entscheidungsfindung signifikant häufiger ohne den Kindsvater stattfindet. Bei den Frauen in der chirurgischen Gruppe geben unter den Alleinstehenden 57,7 % (n=15) im Gegensatz zu 24,4 % (n=11) der in einer Partnerschaft lebenden Frauen an, die Entscheidung ohne den Kindsvater getroffen zu haben. (p=0,005). Bei den Frauen mit der medikamentösen Methode ist dieser Unterschied noch deutlicher, 64,1 % der alleinstehenden Frauen (n=25) geben im Vergleich zu 25,0 % der in einer Partnerschaft lebenden Frauen (n=27) an, die Entscheidung ohne den Kindsvater getroffen zu haben (p=0,0001).

3.2.3 Gründe für einen Schwangerschaftsabbruch

Auch bei dieser Frage war es möglich, mehrere Antwortmöglichkeiten auszuwählen.

Tabelle 13: Gründe für einen Schwangerschaftsabbruch (Chi²-Test)

Gründe für einen Schwangerschaftsabbruch	Chirurgischer Abbruch (n=71)	Medikamentöser Abbruch (n=147)	Chi ²	p
kein (weiterer) Kinderwunsch	18 (25,4 %)	49 (33,3 %)	1,433	p=0,231
Probleme in der Beziehung	15 (21,1 %)	22 (15,0 %)	1,290	p=0,256
keine feste Beziehung	16 (22,5 %)	29 (19,7 %)	0,239	p=0,631
berufliche Gründe	29 (40,8 %)	68 (46,3 %)	0,568	p=0,451
finanzielle Gründe	36 (50,7 %)	55 (37,4 %)	3,477	p=0,062
laufende Ausbildung	13 (18,3 %)	32 (21,8 %)	0,350	p=0,554
Alter	13 (18,3 %)	28 (19,0 %)	0,017	p=0,896
andere Gründe	11 (15,5 %)	41 (27,9 %)	4,052	p=0,044
fehlende Angaben	1	0		

Die genannten Gründe für eine Beendigung der Schwangerschaft sind vielfältig und in beiden Gruppen relativ homogen verteilt. In beiden Gruppen spielen an erster Stelle berufliche Gründe eine wichtige Rolle, fast die Hälfte der Frauen in beiden Gruppen benennen diesen Grund. Auch finanzielle Aspekte fließen in die Entscheidung ein, die Hälfte aller Frauen mit chirurgischen Abbruch gibt diesen Grund an, bei den Frauen mit medikamentösem Abbruch etwa ein Drittel der Teilnehmerinnen. Dieser Unterschied erreicht das Signifikanzniveau nicht, ist aber trotzdem bemerkenswert – Frauen mit chirurgischem Abbruch sehen sich weniger gut finanziell abgesichert. Eine noch nicht abgeschlossene Berufsausbildung, Probleme in der Partnerbeziehung oder keine feste Beziehung sowie das junge oder hohe Lebensalter benennen jeweils etwa ein Fünftel der Frauen beider Gruppen als weitere Gründe.

Frauen mit medikamentösem Abbruch geben signifikant häufiger andere Gründe als die vorgeschlagenen für den Entscheid zum Abbruch an. Diese werden aber in den seltensten Fällen konkret benannt. Zwei Frauen gaben an, mit einem unehelichen oder außerehelich entstandenen Kind den familiären Rückhalt zu gefährden, verschiedene Teilnehmerinnen erwähnten zu versorgende Kleinstkinder. Auch ein nicht gesicherter Aufenthaltsstatus lässt das Austragen einer Schwangerschaft unmöglich erscheinen. Ein Viertel der Frauen in der chirurgischen Gruppe und ein Drittel derer in der medikamentösen Gruppe haben keinen Kinderwunsch. Von den insgesamt 118 Teilnehmerinnen, die noch keine Kinder geboren haben, geben in der Gruppe des chirurgischen Schwangerschaftsabbruches von 39 Frauen nur 6 (15,4 %) an, keinen Kinderwunsch zu haben. Von den 79 Frauen der medikamentösen Vergleichsgruppe möchten 15 (19,0 %) auch in Zukunft keine Kinder ($p=0,630$). Daraus resultiert, dass die überwiegende Mehrzahl der bisher noch kinderlosen Teilnehmerinnen zukünftig durchaus Kinder haben möchte.

3.3 Auswahl der Methode

3.3.1 Gründe für die Auswahl der medikamentösen Methode mit Mifegyne

Der Hauptgrund zur Auswahl der medikamentösen Methode war für über 80 % der Anwenderinnen die Vermeidung von Narkose und Operation. Als zweiter wichtiger Grund wurde von mehr als 70 % der Frauen dieser Gruppe angegeben, dass sie diese Methode als die natürlichere für den Körper empfänden. Fast ebenso viele bewerten diese Methode im Vorfeld als die weniger belastende. Für fast die Hälfte der Anwenderinnen ist sie die bessere Methode, um zukünftige Schwangerschaften nicht zu gefährden. Etwa ein Drittel der Frauen dieser Gruppe entscheiden sich für Mifepriston auch deshalb, weil sie den Prozess in einer wenig technischen Atmosphäre und mit mehr Entscheidungsgewalt über den eigenen Körper bewusst erleben möchten. Nur ein Sechstel der Frauen gibt an, dass ihnen diese noch sehr neue Methode bereits von jemandem empfohlen worden ist. Acht Frauen dieser Gruppe haben keine Aussagen zu diesem Fragenkomplex gemacht.

Tabelle 14: Gründe für die Auswahl der medikamentösen Methode unter den Anwenderinnen von Mifepriston (Häufigkeiten), Mehrfachnennungen möglich

Ich würde die medikamentöse Methode mit Mifepriston bevorzugen, weil :	Medikamentöser Abbruch (n=139)
Die Methode erscheint mir weniger belastend.	93 (66,9 %)
Ich wollte die Narkose und eine „richtige OP“ vermeiden.	117 (84,2 %)
Ich glaube, dass es für zukünftige Schwangerschaften besser ist.	64 (46,0 %)
Die Atmosphäre in der Praxis ist weniger technisch.	53 (38,1 %)
Die Methode erscheint mir natürlicher für den Körper.	101 (72,7 %)
Ich glaube, so mehr Entscheidungsgewalt über meinen Körper zu haben.	45 (32,4 %)
Ich möchte den Prozess bewusst erleben.	45 (32,4 %)
Diese Methode ist mir von jemandem empfohlen worden.	22 (15,8 %)
anderes ...	15 (10,8 %)
fehlende Angaben	8

Von den insgesamt 72 Anwenderinnen der chirurgischen Methode hätten sich 19 ebenfalls für die Durchführung der medikamentösen Methode entschieden, wenn bei ihnen das Kriterium des Gestationsalters bis zum 49. Tag hätte eingehalten werden können. Insgesamt geben in dieser Gruppe 38 Frauen an, die Wahl zwischen den beiden Methoden gehabt zu haben. 26 weitere geben an, bei der Entscheidung bereits über das Gestationsalter von 49 Tagen hinaus schwanger gewesen zu sein, 7 weitere Frauen hätten die höheren finanziellen Belastungen der medikamentösen Methode nicht aufbringen können. Von einer Frau sind keine Aussagen gemacht worden.

Tabelle 15: Gründe für die Auswahl der favorisierten medikamentösen Methode bei 19 von 72 Anwenderinnen der chirurgischen Methode (Häufigkeiten), Mehrfachnennungen möglich

Ich würde die medikamentöse Methode mit Mifepriston bevorzugen, weil :	n=19
Die Methode erscheint mir weniger belastend.	15 (78,9 %)
Ich wollte die Narkose und eine „richtige OP“ vermeiden.	13 (68,4 %)
Ich glaube, dass es für zukünftige Schwangerschaften besser ist.	8 (42,1 %)
Die Atmosphäre in der Praxis ist weniger technisch.	3 (15,8 %)
Die Methode erscheint mir natürlicher für den Körper.	13 (68,4 %)
Ich glaube, so mehr Entscheidungsgewalt über meinen Körper zu haben.	2 (10,5 %)
Ich möchte den Prozess bewusst erleben.	5 (26,3 %)
Diese Methode ist mir von jemandem empfohlen worden.	3 (15,8 %)
anderes ...	0
fehlende Angaben	0

Die 19 Anwenderinnen der chirurgischen Methode, die ebenfalls einen medikamentösen Schwangerschaftsabbruch favorisiert hätten, benennen die Gründe ihrer Auswahl ähnlich häufig wie die tatsächlichen Anwenderinnen von Mifepriston. Die Vermeidung einer Operation und Narkose wird etwas seltener genannt (68,4 % versus 84,2 %), häufiger

hingegen die vermutete geringere Belastung (78,9 % versus 66,9 %). Deutlich seltener glauben die Frauen, die letztendlich den chirurgischen Abbruch wählen mussten, dass die Entscheidungsgewalt über den eigenen Körper bei der medikamentösen Methode mehr gegeben ist (10,5 % versus 32,4 %). Allerdings sind diese 19 Frauen, die auf ihre bevorzugte medikamentöse Methode verzichten mussten, eine zu geringe Fallzahl, um sie mit den Anwenderinnen von Mifepriston aussagekräftig vergleichen zu können.

3.3.2 Gründe für die Auswahl der chirurgischen Methode

Fünzig Frauen der chirurgischen Gruppe gaben Gründe für die Bevorzugung eines instrumentellen Verfahrens an, von drei weiteren gibt es keine Angaben zu dieser Frage.

Tabelle 16: Gründe für die Auswahl der chirurgischen Methode unter den Anwenderinnen dieser Methode (Häufigkeiten), Mehrfachnennungen möglich

Ich würde die chirurgische Methode bevorzugen, weil :	n =50
Der zeitliche Aufwand ist geringer (weniger Arztbesuche).	23 (46,0 %)
Es ist eine seit langem eingesetzte und bewährte Methode.	26 (52,0 %)
Ich möchte von dem Eingriff so wenig wie möglich mitkriegen.	25 (50,0 %)
Ich habe Angst vor Komplikationen bei der neuen medikamentösen Methode.	15 (30,0 %)
Ich habe Angst vor Blutungen oder Schmerzen bei der medikamentösen Methode	17 (34,0 %)
Diese Methode ist mir von jemandem empfohlen worden.	9 (18,0 %)
anderes ...	1 (2,0 %)
fehlende Angaben	3

Der häufigst genannte Grund (52 %) für die Auswahl der chirurgischen Methode ist langjährige Erfahrung der Ärzte mit diesem bewährten Verfahren. Knapp die Hälfte der Frauen dieser Gruppe schätzt auch den geringeren Zeitaufwand bei der instrumentellen Methode. Ein Drittel der Frauen fürchtet bei einer Anwendung der neuen medikamentösen Methode starke Schmerzen und Blutungen oder auch Komplikationen, die aus geringerer Erfahrung der Ärzte resultieren könnten. Von den 50 die chirurgische Methode bevorzugenden Frauen würden sich 27 für eine Vollnarkose entscheiden, die übergroße Mehrheit davon (n=25), um von dem Eingriff so wenig wie möglich mitzuerleben. Die anderen 23 plädieren für einen Eingriff in Lokalanästhesie, die Mehrheit (n=19), um eine Vollnarkose zu vermeiden und mehr Kontrolle über den Prozess zu behalten (n=5).

3.3.3 Entscheidungsträger bei der Methodenauswahl

Einen weiteren wichtigen Aspekt bei der Methodenauswahl beleuchtet die Frage, wer an der Entscheidungsfindung für die Auswahl der einen oder anderen Methode beteiligt war. Bei Auswahl der Methode zeigen sich zwischen den Anwenderinnen der chirurgischen und der

medikamentösen Methode hochsignifikante Unterschiede. In der Gruppe des instrumentellen Abbruchs entscheiden 44,1 % der Frauen hauptsächlich selbst über die Methode, bei den Anwenderinnen von Mifepriston tun dies 78,1 %. Eine gemeinsame Entscheidung über die Methode von Frau und Arzt wird in der chirurgischen Gruppe mit 41,2 % etwa doppelt so häufig getroffen wie unter den Anwenderinnen von Mifepriston (21,1 %). Ein Sechstel der Frauen der chirurgischen Gruppe gibt an, die Methodenauswahl wäre eher die Entscheidung des Arztes gewesen.

Tabelle 17: Auswahl der Methode (Chi²-Test)

Auswahl der Methode	Chirurgischer Abbruch (n=68)	Medikamentöser Abbruch (n=146)
hauptsächlich Entscheidung der Frau	30 (44,1 %)	114 (78,1 %)
eher Entscheidung des Arztes	10 (14,7 %)	1 (0,7 %)
gemeinsame Entscheidung von Frau und Arzt	28 (41,2 %)	31 (21,2 %)
fehlende Angaben	4	1

Chi²=32,389; 2 df; p=0,0001; Signifikanzniveau

Diese signifikanten Unterschiede bleiben auch dann erhalten, wenn man die Daten bereinigt und nur die 50 Frauen der chirurgischen Gruppe einbezieht, die sich bei der Auswahl auch ganz klar für einen instrumentellen Abbruch entschieden haben. Die 19 Anwenderinnen der chirurgischen Gruppe, welche einen medikamentösen Abbruch bevorzugt hätten, gingen also hier nicht in die Berechnung ein.

Tabelle 18: Auswahl der Methode nach Bereinigung der Mifepriston-Bevorzugerinnen aus der chirurgischen Gruppe (Chi²-Test)

Auswahl der Methode	Chirurgischer Abbruch (n=50)	Medikamentöser Abbruch (n=146)
hauptsächlich Entscheidung der Frau	24 (48,0 %)	114 (78,1 %)
eher Entscheidung des Arztes	8 (16,0 %)	1 (0,7 %)
gemeinsame Entscheidung von Frau und Arzt	18 (36,0 %)	31 (21,2 %)
fehlende Angaben	0	1

Chi²=27,060; 2 df; p=0,0001; Signifikanzniveau

Aus diesen Daten ist ersichtlich, dass der Entschluss, die medikamentöse Methode des Schwangerschaftsabbruches durchzuführen, eine in hohem Masse autonom gefällte Entscheidung der Anwenderin selbst ist. Die Frauen der chirurgischen Gruppe beziehen deutlich häufiger den Arzt oder die Ärztin in ihre Entscheidung mit ein.

3.3.4 Stellenwert der Auswahlmöglichkeit zwischen verschiedenen Methoden

Bei der Frage nach dem Stellenwert einer Wahlmöglichkeit zwischen verschiedenen Methoden ist es sicherlich nicht verwunderlich, dass die Anwenderinnen der medikamentösen Methode und somit diejenigen, die von der Möglichkeit der Auswahl aktiv Gebrauch machen, diese auch signifikant häufiger als von hoher Wichtigkeit einschätzen. Insgesamt über 95 % der Mifepriston-Anwenderinnen halten die Wahlmöglichkeit für ziemlich und sehr wichtig. Aber auch mehr als 65 % der Frauen, die sich für die konventionelle chirurgische Methode entscheiden, bewerten die Möglichkeit der Auswahl als ziemlich oder sehr wichtig.

Tabelle 19: Stellenwert der Wahlmöglichkeit zwischen verschiedenen Methoden (Chi²-Test)

Zwischen verschiedenen Methoden wählen zu können, war mir ...	Chirurgischer Abbruch (n=72)	Medikamentöser Abbruch (n=146)
gar nicht wichtig	0	0
wenig wichtig	2 (2,8 %)	2 (1,4 %)
mittel	14 (19,4 %)	4 (2,7 %)
ziemlich wichtig	17 (23,6 %)	20 (13,7 %)
sehr wichtig	31 (43,7 %)	120 (82,2 %)
fehlende Angaben	0	1

Chi²=24,801; 3 df; p=0,0001; Signifikanzniveau

3.3.5 Zeitlicher Abstand zwischen Entscheidung und Eingriff

Die Teilnehmerinnen wurden gebeten, den zeitlichen Abstand zwischen Entschluss zum Schwangerschaftsabbruch und dem Zeitpunkt des Eingriffes zu beurteilen. Hintergrund dieser Fragestellung war es zu erfassen, ob sich die Frauen durch den engen Zeitrahmen von 49 Tagen p.m. für Anwendung von Mifepriston zu einer schnellen Entscheidung gedrängt fühlen. Oder auch, ob längere Wartezeiten auf den besten Zeitpunkt des Eingriffs, wie zum Beispiel bei der chirurgischen Methode, Belastungspotenzial bergen könnten. Um diesen Aspekt im Rückblick besser beurteilen zu können, wurde diese Frage erst im zweiten Teil des Fragebogens vier Wochen nach dem Eingriff beantwortet.

Tabelle 20: Zeitlicher Abstand zwischen Entschluss und Eingriff (Chi²-Test)

Zeitlicher Abstand zwischen Entschluss und Eingriff	Chirurgischer Abbruch (n=71)	Medikamentöser Abbruch (n=146)	Chi ²	p
zu kurz	3 (4,2 %)	8 (5,5 %)	0,156	p=0,758
ausreichend	57 (80,3 %)	103 (70,5 %)	2,337	p=0,141
zu lang	11 (15,5 %)	35 (24,0 %)	2,056	p=0,162
fehlende Angaben	1	1		

Zeitlicher Abstand insgesamt: Chi²=2,382; 2 df; p=0,323

Etwa drei Viertel aller Teilnehmerinnen beurteilten den zeitlichen Abstand zwischen Entschluss und Eingriff als ausreichend. Die wenigsten Frauen gaben an, eine überstürzte

Entscheidung hätten treffen zu müssen. Ein Sechstel der Frauen der chirurgischen Gruppe und sogar fast ein Viertel der Mifepriston-Anwenderinnen bewerteten den zeitlichen Abstand als zu lang.

3.4 Self-Efficacy-Index nach Cozzarelli

3.4.1 Vergleich des Self-Efficacy-Index nach Cozzarelli zwischen den Anwenderinnen beider Methoden

Für den Vergleich der Markierungen auf einer Visuellen Analog-Skala von 0–10 cm war es zunächst notwendig, aus den acht verschiedenen Angaben jeder Frau einen Gesamtwert für jede Frau zu berechnen. Dieses einfache arithmetische Mittel stellt den Self-Efficacy-Index für jede Frau einzeln dar. Je höher er ist (max. 10,0), desto höher schätzt die Teilnehmerin ihre Fähigkeit ein, nach dem Erlebnis des Schwangerschaftsabbruches relativ nahtlos in ihren Lebensalltag zurückkehren zu können. Diese Mittelwerte der einzelnen Frauen werden später bei der Analyse der tatsächlichen psychischen Belastung noch einmal Verwendung finden. In der folgenden Tabelle sind die Antworten aller Frauen der jeweiligen Gruppe pro Item zu einem Mittelwert zusammengefasst. Zusätzlich wurden jeweils Median und Standardabweichung berechnet. Um beide Gruppen genauer miteinander vergleichen zu können, wurden (bei nicht vorliegender Normalverteilung) anhand des nichtparametrischen Mann-Whitney-U-Testes Rangfolgen gebildet und die mittleren Ränge beider Gruppen einer Signifikanzprüfung unterzogen.

Tabelle 21: Vergleich der Self-Efficacy-Indizes zwischen den Anwenderinnen beider Methoden (T-Test für unabhängige Stichproben, Mann-Whitney-U-Test)

Gemittelte Werte der Angaben auf den Visuellen Analog-Skalen (0 –10)	Chirurgischer Abbruch (n=71)		Medikamentöser Abbruch (n=144)		p aus Mann-Whitney-U
	Mittelwert, Median, <i>Standardabweichung</i>	mittlerer Rang (Mann-Whitney-U)	Mittelwert Median, <i>Standardabweichung</i>	mittlerer Rang (Mann-Whitney-U)	
Wie immer meinem gewöhnlichen Tagesablauf nachgehen zu können	7,390 8,550 2,455	103,88	7,506 8,450 2,612	109,26	p=0,550
An der Praxis vorbeifahren oder dort einen Termin wahrnehmen zu können	7,907 9,200 2,670	99,01	8,187 9,200 2,541	110,12	p=0,210
Mit Freunden über die Erfahrung reden zu können	6,601 8,650 3,712	105,54	6,456 8,200 3,683	107,72	p=0,870
Fernsehfilm zu sehen oder Artikel über Schwangerschaftsabbruch lesen zu können	6,687 8,600 3,488	98,75	7,420 8,550 2,974	112,56	p=0,124
an eine eventuelle zukünftige Schwangerschaft denken zu können, ohne dass es weh tut	5,759 7,200 3,893	100,01	6,286 8,200 3,726	109,04	p=0,309
wie bisher sexuelle Beziehungen mit einem Partner haben zu können	6,994 8,200 2,986	107,92	6,838 8,400 3,274	108,04	p=0,990
an Babies und Kinder denken zu können, ohne dass es weh tut	6,382 7,500 3,284	103,64	6,760 8,100 3,161	110,15	p=0,469
Zeit mit Babies und Kindern verbringen zu können, ohne dass es weh tut	6,980 8,100 3,000	103,12	7,135 8,500 3,177	110,41	p=0,417
Gesamtdurchschnittswert aus allen Items pro Teilnehmerin gemittelt → <u>Self-Efficacy-Index</u> (M)	6,8123 7,0875 2,1854	101,65	7,0829 7,8625 2,2650	111,13	p=0,293
fehlende Angaben	1		3		

Vergleicht man die vorliegenden Daten, erscheinen die Aussagen der Frauen beider Gruppe sehr kongruent. Dennoch sind die mittleren Ränge der Frauen mit medikamentösem Schwangerschaftsabbruch in allem Items höher, was für etwas höhere Self-Efficacy-Indizes der Frauen dieser Gruppe im Vorfeld der Behandlung spricht. Besonders deutlich wird das bei den Fragen nach zukünftiger Verfolgung von mit Schwangerschaftsabbruch assoziierten Themen in den Medien (Item 4) und bei der Auseinandersetzung mit einer zukünftigen Schwangerschaft (Item 5). Bei diesen Fragen ist auch die Diskrepanz zwischen den Mittelwerten in den Gruppen am deutlichsten. Bei keinem der Items wird jedoch das Signifikanzniveau erreicht.

3.4.2 Vergleich des Self-Efficacy-Index nach Cozzarelli zwischen allen Studienteilnehmerinnen und Studienabbrecherinnen

Auf gleiche Weise wurden die Werte aller Teilnehmerinnen beider Methoden mit denen der Studienabbrecherinnen verglichen.

Tabelle 22: Vergleich der Self-Efficacy-Indizes zwischen Studienteilnehmerinnen und Studienabbrecherinnen (T-Test für unabhängige Stichproben, Mann-Whitney-U-Test)

Gemittelte Werte der Angaben auf den Visuellen Analog-Skalen (0 –10)	Teilnehmerinnen beider Verfahren (n=215)		Studienabbrecherinnen (n= 67)		p aus Mann-Whitney-U
	<u>Mittelwert</u> , Median, <i>Standardabweichung</i>	mittlerer Rang (Mann-Whitney-U)	<u>Mittelwert</u> , Median, <i>Standardabweichung</i>	mittlerer Rang (Mann-Whitney-U)	
Wie immer meinem gewöhnlichen Tagesablauf nachgehen zu können	<u>7,468</u> 8,500 2,556	139,70	<u>7,773</u> 8,800 2,275	145,14	p=0,632
An der Praxis vorbeifahren oder dort einen Termin wahrnehmen zu können	<u>8,096</u> 9,200 2,581	137,93	<u>8,525</u> 9,200 1,871	140,40	p=0,826
Mit Freunden über die Erfahrung reden zu können	<u>6,504</u> 8,400 3,685	140,38	<u>6,836</u> 8,600 3,516	140,87	p=0,966
Fernsehfilm zu sehen oder Artikel über Schwangerschaftsabbruch lesen zu können	<u>7,178</u> 8,600 3,164	139,66	<u>7,471</u> 9,000 2,903	145,37	p=0,616
an eine eventuelle zukünftige Schwangerschaft denken zu können, ohne dass es weh tut	<u>6,109</u> 8,000 3,782	136,78	<u>6,419</u> 7,700 3,656	142,02	p=0,643
wie bisher sexuelle Beziehungen mit einem Partner haben zu können	<u>6,889</u> 8,400 3,176	138,19	<u>7,300</u> 8,800 3,030	148,15	p=0,383
an Babies und Kinder denken zu können, ohne dass es weh tut	<u>6,635</u> 7,800 3,200	137,20	<u>7,285</u> 8,800 3,208	155,31	p=0,112
Zeit mit Babies und Kindern verbringen zu können, ohne dass es weh tut	<u>7,084</u> 8,500 3,113	139,11	<u>7,433</u> 8,800 3,124	149,18	p=0,375
Gesamtdurchschnittswert aus allen Items pro Teilnehmerin gemittelt → <u>Self-Efficacy-Index</u> (M)	<u>6,9936</u> 7,6875 2,2375	137,73	<u>7,3827</u> 7,8500 2,1340	153,60	p=0,164
fehlende Angaben	4		2		

Auch bei diesem Vergleich gibt es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Teilnehmerinnen der Studie und den Frauen, die nur den ersten Teil des Fragebogens vor dem Abbruch beantworteten. Auffällig ist jedoch, dass die Studienabbrecherinnen durchweg im Vorfeld des Eingriffs eine bessere Verarbeitung des Schwangerschaftsabbruches für sich annehmen.

3.5 Soziale Unterstützung

3.5.1 Soziale Unterstützung bei der Entscheidungsfindung im Vorfeld des Eingriffs

Vor dem Eingriff wurden die Teilnehmerinnen befragt, welchen Personen aus dem näheren Umfeld sie sich anvertraut hätten und wie diese Personen zu dem geplanten Schwangerschaftsabbruch stünden. Ob, wie in einigen Studien belegt, bei den Frauen ohne Unterstützung durch das soziale Umfeld der Schwangerschaftsabbruch schwerer verarbeitet wird, ist später Gegenstand der Untersuchung. Hier zunächst nur die Verteilung der Positionen nahestehender Personen und die Untersuchung auf Unterschiede zwischen den Anwenderinnen beider Methoden.

Tabelle 23: Haltung des Partners/Kindsvaters zum Schwangerschaftsabbruch (Chi²-Test)

Partner/ Kindsvater	Chirurgischer Abbruch (n=72)	Medikamentöser Abbruch (n=147)	Chi ²	p
weiß nichts	9 (12,5 %)	16 (10,9 %)	0,125	p=0,724
weiß und unterstützt	48 (66,7 %)	112 (76,2 %)	2,277	p=0,136
weiß und lehnt ab	4 (5,6 %)	9 (6,1 %)	0,028	p=0,868
weiß und hält sich raus	11 (15,3 %)	10 (6,8 %)	4,004	p=0,045
fehlende Angaben	0	0		

Haltung des Partners insgesamt: Chi²=4,357; 3 df; p=0,241

Jeder zehnte Kindsvater in beiden Gruppen weiß nichts von der Schwangerschaft und dem geplanten Abbruch. Bei den Anwenderinnen der chirurgischen Methode können zwei Drittel der Frauen mit der Unterstützung durch ihre Partner rechnen, bei den Anwenderinnen von Mifepriston sind es mit 76,2 % tendenziell mehr. Signifikant ist der Unterschied bei der Frage nach den Partnern, die sich aus dem Entscheidungs- und Durchführungsprozess raushalten. Dieser Anteil ist in der Gruppe der Frauen mit chirurgischem Abbruch mit 15,3 % deutlich höher als bei den Partnern der Mifepriston-Anwenderinnen (6,8 %). Bei der Gesamtverteilung gibt es keinen signifikanten Unterschied bei der Unterstützung durch den Partner.

Tabelle 24: Haltung der Familie (Eltern/Geschwister) zum Schwangerschaftsabbruch (Chi²-Test)

Familie (Eltern, Geschwister, nahestehende Verwandte)	Chirurgischer Abbruch (n=72)	Medikamentöser Abbruch (n=147)	Chi ²	p
weiß nichts	40 (55,6 %)	99 (67,3 %)	2,898	p=0,089
weiß und unterstützt	26 (36,1 %)	48 (32,7 %)	0,258	p=0,611
weiß und lehnt ab	2 (2,8 %)	0	4,121	p=0,107
weiß und hält sich raus	4 (5,6 %)	0	8,319	p=0,011
fehlende Angaben	0	0		

Haltung der Familie insgesamt: Chi²=13,480; 3 df; p=0,001

Deutlich wird, dass Familienangehörige wie Geschwister oder Eltern wesentlich seltener in den Entscheidungsprozess involviert werden als Partner oder enge Freunde. Die Frauen mit

medikamentösem Abbruch vertrauen sich nur etwa in einem Drittel der Fälle nahen Verwandten an, bei den Frauen mit chirurgischem Abbruch knapp die Hälfte. Während die Mifepriston-Anwenderinnen gezielt nur unterstützende Familienmitglieder einzuweihen scheinen, gibt es bei den Frauen der instrumentellen Gruppe einige Verwandte, die ihre Unterstützung versagen. Das erklärt den insgesamt signifikanten Unterschied bei der gemessenen Involvierung naher Angehöriger.

Tabelle 25: Haltung enger Freunde zum Schwangerschaftsabbruch (Chi²-Test)

beste/r Freund/in	Chirurgischer Abbruch (n=72)	Medikamentöser Abbruch (n=147)	Chi ²	p
weiß nichts	16 (22,2 %)	39 (26,5 %)	0,477	p=0,490
weiß und unterstützt	51 (70,8 %)	104 (70,7 %)	0,0001	p=0,990
weiß und lehnt ab	4 (5,6 %)	3 (2,0 %)	1,930	p=0,221
weiß und hält sich raus	1 (1,4 %)	10 (0,7 %)	0,268	p=1,000
fehlende Angaben	0	0		

Haltung enger Freunde insgesamt: Chi²=2,491; 3 df; p=0,470

Sehr häufig werden enge Freunde in die Situation einbezogen. Mehr als zwei Drittel in beiden Gruppen vertrauen sich an und werden in großem Maße von Freunden in ihrer Entscheidung unterstützt. Die Aufteilung ist in beiden Gruppen sehr ähnlich, es gibt keine signifikanten Unterschiede. Bei einer weiteren vergleichenden Analyse (keine tabellarische Darstellung) fällt auf, dass sich unter allen Studienteilnehmerinnen insgesamt nur zwei Frauen (2,8 %) aus der chirurgischen Gruppe und fünf Frauen (3,4 %) aus der medikamentösen Gruppe überhaupt niemandem anvertraut haben.

3.5.2 Begleitung bei der Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs

In diesem Zusammenhang wurde auch nach denjenigen Personen gefragt, welche die Teilnehmerinnen zur und bei der Durchführung des Schwangerschaftsabbruches begleitet haben. Die Antworten sind im Folgenden gegenübergestellt. Dabei waren Mehrfachnennungen möglich, insgesamt fünf Frauen wurden von Partner und Familienangehörigen begleitet, eine weitere von Partner und Freundin. So ist die abweichende Gesamtanzahl pro Gruppe zu erklären.

Tabelle 26: Begleitung durch nahestehende Personen während des Eingriffes (Chi²-Test)

	Chirurgischer Abbruch (n=70)	Medikamentöser Abbruch (n=143)	Chi ²	p
Partner	34 (48,6 %)	62 (43,4 %)	0,516	p=0,472
Familie	6 (8,6 %)	9 (6,3 %)	0,372	p=0,542
Freunde	11 (15,7 %)	12 (8,4 %)	2,616	p=0,106
niemand	8 (11,4 %)	22 (15,4 %)	0,608	p=0,436
auf eigenen Wunsch hin niemand	12 (17,1 %)	43 (30,1 %)	4,100	p=0,043
fehlende Angaben	2	4		

Knapp die Hälfte der Teilnehmerinnen wird jeweils von ihren Partnern begleitet, nur eine geringe Zahl von Familienangehörigen. Enge Freunde werden von den Frauen zum chirurgischen Abbruch doppelt so häufig mitgenommen wie von den Mifepriston-Anwenderinnen. Signifikant mehr Frauen in der Gruppe des medikamentösen Abbruches entscheiden sich, die Zeit des Ausstoßens allein durchzustehen und wünschen keine Begleitung.

3.5.3 Zufriedenheit mit der erhaltenen sozialen Unterstützung nach dem Eingriff

Vier Wochen nach dem Eingriff wurden alle Teilnehmerinnen über ihre Zufriedenheit mit der Unterstützung durch nahestehende Personen befragt. Auch hier zunächst einmal eine tabellarische Auflistung, später werden dieser Daten mit den Ergebnissen von HADS und IES in Beziehung gesetzt.

Tabelle 27: Zufriedenheit mit der erfahrenen Unterstützung durch den Partner (Chi²-Test)

Partner/ Kindsvater	Chirurgischer Abbruch (n=71)	Medikamentöser Abbruch (n=147)	Chi ²	p
weiß nichts	6 (8,5 %)	18 (12,2 %)	0,703	p=0,493
weiß, keine Wertung	2 (2,8 %)	1 (0,7 %)	1,610	p=0,248
nicht zufrieden	11 (15,5 %)	18 (12,2 %)	0,438	p=0,528
mittelmäßig zufrieden	11 (15,5 %)	33 (22,4 %)	1,438	p=0,281
sehr zufrieden	41 (57,7 %)	77 (52,4 %)	0,555	p=0,472
fehlende Angaben	1	0		

Zufriedenheit mit der Unterstützung durch den Partner insgesamt: Chi²=3,996; 4 df; p=0,409

Frauen beider Gruppen schätzen ihre Zufriedenheit auch hier sehr ähnlich ein. Weiterhin wissen vier Wochen danach ein Zehntel der Partner nichts über den Abbruch. Etwas mehr als die Hälfte der Teilnehmerinnen war mit der Unterstützung durch ihre Partner sehr zufrieden, die Frauen mit instrumentellem Abbruch etwas häufiger. Gar nicht zufrieden war ein Achtel der Mifepriston-Anwenderinnen und ein Sechstel der Frauen mit instrumentellem Abbruch (12,2 % versus 15,5 %).

Tabelle 28: Zufriedenheit mit der erfahrenen Unterstützung durch Familie (Chi²-Test)

Familie (Eltern, Geschwister, nahestehende Verwandte)	Chirurgischer Abbruch (n=71)	Medikamentöser Abbruch (n=147)	Chi ²	p
weiß nichts	36 (50,7 %)	87 (59,2 %)	1,400	p=0,247
weiß, keine Wertung	0	2 (1,4 %)	0,975	p=0,559
nicht zufrieden	2 (2,8 %)	1 (0,7 %)	1,610	p=0,248
mittelmäßig zufrieden	7 (9,9 %)	18 (12,2 %)	0,268	p=0,658
sehr zufrieden	26 (36,6 %)	39 (26,5 %)	2,329	p=0,156
fehlende Angaben	1	0		

Zufriedenheit mit der Unterstützung durch die Familie insgesamt: Chi²=5,036; 4 df; p=0,276

Weiterhin sind in mehr als der Hälfte der Fälle in beiden Gruppen auch vier Wochen nach dem Abbruch keine Familienangehörigen eingeweiht. Ein Drittel der Frauen mit chirurgischem Abbruch und ein Viertel der Mifepriston-Anwenderinnen sind mit der Unterstützung durch nahe Verwandte sehr zufrieden, jeweils ein Zehntel ist mittelmäßig zufrieden. Auch hier keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen.

Tabelle 29: Zufriedenheit mit der erfahrenen Unterstützung durch enge Freunde (Chi²-Test)

beste/r Freund/in	Chirurgischer Abbruch (n=71)	Medikamentöser Abbruch (n=147)	Chi ²	p
weiß nichts	14 (19,7 %)	27 (18,4 %)	0,057	p=0,854
weiß, keine Wertung	0	2 (1,4 %)	0,975	p=0,559
nicht zufrieden	1 (1,4 %)	3 (2,0 %)	0,106	p=1,000
mittelmäßig zufrieden	2 (2,8 %)	21 (14,3 %)	6,673	p=0,017
sehr zufrieden	54 (76,1 %)	94 (63,9 %)	3,221	p=0,089
fehlende Angaben	1	0		

Zufriedenheit mit der Unterstützung durch enge Freunde insgesamt: Chi²=8,120; 4 df; p=0,075

Insgesamt wird kein signifikanter Unterschied bei der Bewertung der Unterstützung durch enge Freunde deutlich. Es zeigt sich allerdings ein Trend, das bei den Frauen der chirurgischen Gruppe in höherem Masse eine größere Zufriedenheit mit der Unterstützung durch enge Freunde vorherrscht. Bei allen Angaben zur Bewertung der Unterstützung durch Partner, Familie oder Freunde wird jeweils eine höhere Zufriedenheit bei den Anwenderinnen der chirurgischen Methode angegeben. Die Frauen nach medikamentösem Abbruch bewerten die erhaltene Unterstützung stets etwas kritischer. Partner und Familie werden von den Mifepriston-Anwenderinnen auch etwas seltener involviert.

3.6 Angaben zu physiologischen Wirkungen und Nebenwirkungen

Im folgenden Kapitel soll ein Überblick über Schmerzintensität, Blutungsdauer und Blutungsstärke sowie über aufgetretene Nebenwirkungen gegeben werden. Später wird ein

möglicher Zusammenhang zwischen höherer physiologischer und psychologischer Belastung gesondert untersucht.

3.6.1 Erfolgsrate

Von den insgesamt 147 Frauen, die sich für einen medikamentösen Schwangerschaftsabbruch entschieden hatten, verlief dieser bei 144 Frauen komplikationslos und vollständig (Erfolgsrate 97,9 %). Bei drei Frauen war eine Nachkürettage notwendig, weil Reste der Fruchtanlage in der Gebärmutter zurückgeblieben waren. Eine dieser Frauen hatte eine ausgeprägte Zervixstenose. Bei den 72 Anwenderinnen der chirurgischen Methode sind keine unvollständigen Abruptiones oder Komplikationen bekannt geworden. 43 von ihnen hatten den Eingriff in Vollnarkose durchführen lassen, bei den 29 weiteren erfolgte er in Lokalanästhesie. Auf eine gesonderte Aufteilung und Auswertung der beiden anästhesiologischen Varianten ist aufgrund der geringen Anzahl von Frauen mit chirurgischem Abbruch in dieser Arbeit verzichtet worden.

3.6.2 Zeitpunkt der Expulsion bei medikamentöser Methode

Von 88 der 147 Mifepriston-Anwenderinnen liegen genaue Angaben über den Zeitpunkt der Expulsion vor. Bei fünf Frauen (5,7 %) erfolgte der komplette Fruchtabgang schon vor der Gabe von Prostaglandin, bei 12 Frauen (13,6 %) innerhalb der ersten beiden Stunden nach Prostaglandingabe, 29 weitere (33,0 %) innerhalb der dritten Stunde. Bei 16 weiteren Teilnehmerinnen (18,2 %) erfolgte das Ausstoßen der Frucht nach vier Stunden, die restlichen 26 Frauen (29,5 %) benötigten bis zu 6 Stunden nach Prostaglandingabe. In der Regel wurde drei Stunden nach Prostaglandingabe bei ausgebliebener Blutung nochmals eine Dosis Prostaglandin vaginal verabreicht. Bis auf einen Fall hatten sich alle Frauen bis zum Zeitpunkt des Abgangs in den Praxen aufhalten können, eine Frau verließ die Einrichtung und hatte abends zuhause einen kompletten Fruchtabgang. Der errechnete Mittelwert für die Expulsion beträgt 3,6 Stunden nach Prostaglandingabe.

3.6.3 Blutungsstärke, Blutungsdauer und Schmerzstärke

3.6.3.1 Vergleich der Mittelwerte für Blutungsstärke, Blutungsdauer und Schmerzstärke

Vorangestellt eine Übersicht der aus den Visuellen Analog-Skalen ermittelten Werte für Blutungsstärke und Schmerzstärke sowie die Angaben zur Blutungsdauer in Tagen.

Tabelle 30: Vergleich der gemittelten Werte von Blutungsdauer, Blutungsstärke und Schmerzstärke bei chirurgischem und medikamentösem Schwangerschaftsabbruch

	Chirurgischer Abbruch (n=69)		Medikamentöser Abbruch (n=144)		p aus Mann-Whitney-U
	Mittelwert, Median, <i>Standardabweichung</i>	mittlerer Rang (Mann-Whitney-U)	Mittelwert Median, <i>Standardabweichung</i>	mittlerer Rang (Mann-Whitney-U)	
Blutungsstärke auf Visueller Analog-Skala (0 –10)	3,859 3,500 2,493	62,50	6,803 7,000 2,147	128,32	p=0,0001
Blutungsdauer in Tagen	10,89 8,00 8,00	72,47	15,24 14,00 8,36	108,14	p=0,0001
Schmerzstärke auf Visueller Analog-Skala (0 –10)	2,530 2,000 2,462	80,43	4,375 4,050 2,954	119,73	p=0,0001
fehlende Angaben	3		3		

Bei einem Vergleich der gemittelten Werte ist sowohl die Dauer als auch die Stärke der Blutung als auch die Stärke der Schmerzen bei der medikamentösen Methode des Schwangerschaftsabbruches mit Mifepriston signifikant erhöht. Im Mittel bluten Anwenderinnen von Mifepriston mit etwa fünfzehn Tagen gut vier Tage länger als Frauen der chirurgischen Vergleichsgruppe.

3.6.3.2 Verteilungsmuster der VAS-Angaben zur Blutungsstärke

Tabelle 31: Aufschlüsselung der Blutungsstärke aus VAS- Angaben (Chi²-Test)

VAS (0=sehr schwache Blutung, 10= sehr starke Blutung)	Chirurgischer Abbruch (n=69)	Medikamentöser Abbruch (n=144)
0,0 – 0,9	11 (15,9 %)	1 (0,7 %)
1,0 – 1,9	8 (11,6 %)	0
2,0 – 2,9	8 (11,6 %)	5 (3,5 %)
3,0 – 3,9	10 (14,5 %)	6 (4,2 %)
4,0 – 4,9	12 (17,4 %)	22 (15,3 %)
5,0 – 5,9	6 (8,7 %)	18 (12,5 %)
6,0 – 6,9	6 (8,7 %)	17 (11,8 %)
7,0 – 7,9	3 (4,3 %)	22 (15,3 %)
8,0 – 8,9	2 (2,9 %)	26 (18,1 %)
9,0 – 9,9	2 (2,9 %)	14 (9,7 %)
10,0	1 (1,4 %)	13 (9,0 %)
fehlende Angaben	3	3

Chi²=68,625; 10 df; p=0,0001; Signifikanzniveau

Die genauere Aufschlüsselung der angegebenen Blutungsstärken und deren graphische Darstellung illustriert den Unterschied zwischen den beiden Methoden sehr gut.

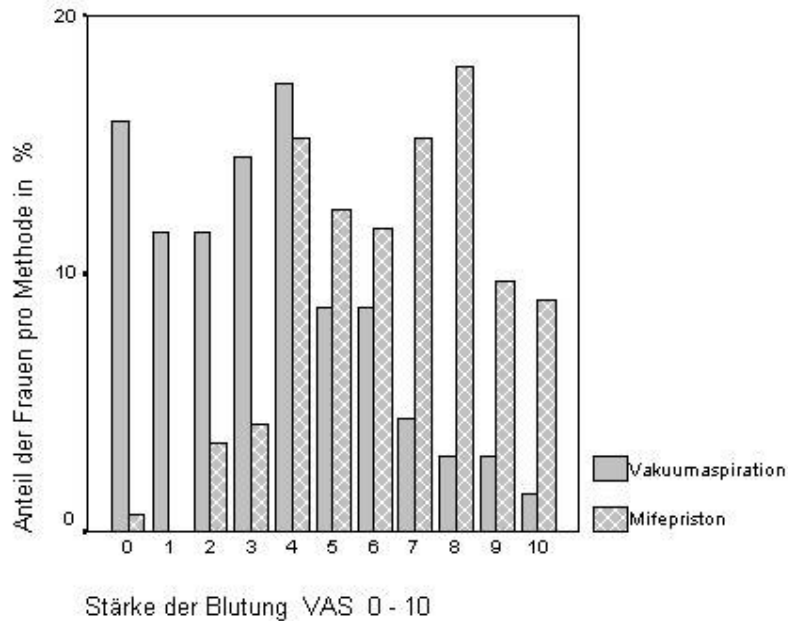


Abbildung 3: Verteilung der angegebenen Blutungsstärke

Eine Mehrheit der Frauen nach Vakuumaspiration vergeben für die Blutungsstärke überwiegend Punktzahlen im niedrigeren bis mittleren Bereich der VAS-Skala. Unter den Mifepriston-Anwenderinnen dominieren hingegen Punktzahlen im mittleren bis hohen Bereich. Bei den später abgefragten Kommentaren zur erlebten Methode bewerteten insgesamt fünf Frauen (6,9 %) der chirurgischen Gruppe und 39 Mifepriston-Anwenderinnen (26,5 %) die erlebten Blutungen als zu stark.

3.6.3.3 Vergleich von erwarteter und erlebter Stärke der Blutung

Neben den metrischen Angaben wurden die Teilnehmerinnen auch gebeten, die real erlebten Blutungen mit ihren Erwartungen im Vorfeld zu vergleichen.

Tabelle 32: Einschätzung tatsächlicher und erwarteter Blutungen (Chi²-Test)

Blutungsstärke	Chirurgischer Abbruch (n=64)	Medikamentöser Abbruch (n=140)	Chi ²	p
stärker als erwartet	7 (10,9 %)	57 (40,7 %)	18,088	p=0,0001
wie erwartet	21 (32,8 %)	44 (31,4 %)	0,039	p=0,872
schwächer als erwartet	33 (51,6 %)	35 (25,0 %)	13,945	p=0,0001
weiß nicht	3 (4,7 %)	4 (2,9 %)	0,444	p=0,680
fehlende Angaben	8	7		

Erwartete Blutungsstärke insgesamt: Chi²=22,165; 3 df; p=0,0001; Signifikanzniveau

Während nur ein Zehntel der Frauen der chirurgischen Gruppe die Blutungsstärke unterschätzt hatten, waren 40 % der Anwenderinnen von Mifepriston von der Stärke der Blutung überrascht. Hochsignifikant war ebenfalls die Diskrepanz bei den Frauen, die die zu erwartende Blutung im Vorfeld überschätzten. Die Hälfte der Frauen in der chirurgischen

Gruppe befürchteten im Vorfeld eine stärkere Blutung als dann tatsächlich erlebt, in der medikamentösen Gruppe taten dies nur ein Viertel der Teilnehmerinnen.

3.6.3.4 Verteilungsmuster der Blutungsdauer

Tabelle 33: Aufschlüsselung der Blutungsdauer in Wochen (Chi²-Test)

Angabe der Blutungstage in Wochen	Chirurgischer Abbruch (n=65)	Medikamentöser Abbruch (n=126)
1 (0 – 7 Tage)	28 (43,1 %)	16 (12,7 %)
2 (8 – 14 Tage)	22 (33,8 %)	66 (52,4 %)
3 (15 – 21 Tage)	8 (12,3 %)	26 (20,6 %)
4 (22 – 28 Tage)	3 (4,6 %)	7 (5,6 %)
5 (29 – 35 Tage)	4 (6,2 %)	6 (4,8 %)
6 (36 – 42 Tage)	0	3 (2,4 %)
7 (43 – 49 Tage)	0	2 (1,6 %)
fehlende Angaben	7	21

Chi²=24,856; 6 df; p=0,0001; Signifikanzniveau

Auch bei der Blutungsdauer illustriert die graphische Darstellung den signifikanten Unterschied zwischen beiden Methoden.

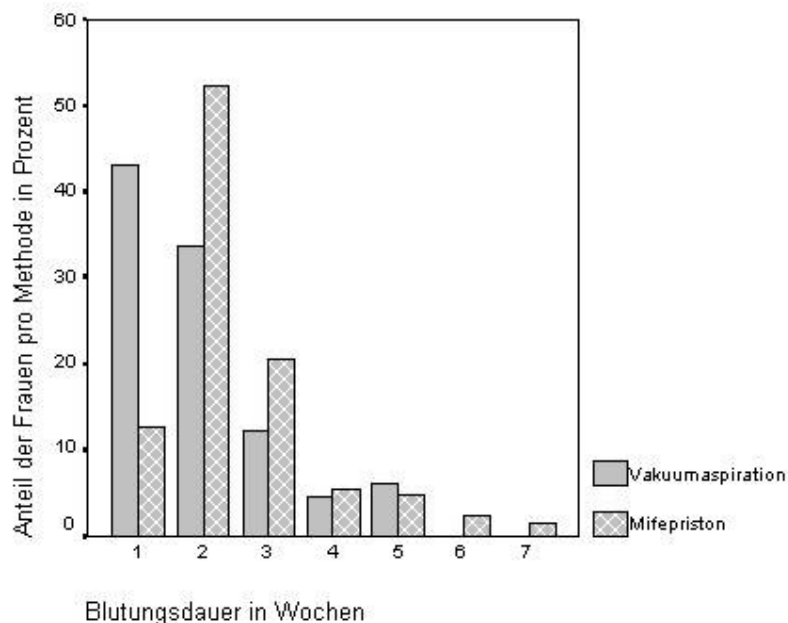


Abbildung 4: Verteilung der angegebenen Blutungsdauer

Mehr als 40 % der Frauen in der chirurgischen Gruppe bluten etwa eine Woche, ein weiteres Drittel bis zu zwei Wochen. In der medikamentösen Vergleichsgruppe ist das Spektrum deutlich breiter, etwa zwei Drittel der Anwenderinnen von Mifepriston bluten zwar ebenfalls bis zu zwei Wochen, aber es sind vereinzelt auch Fälle beschrieben, die von bis zu sieben Wochen andauernden Blutungen berichten. Bei telefonischer Rücksprache gaben diese Teilnehmerinnen jedoch an, dass es sich dabei oft um leichtere Schmierblutungen handelte.

3.6.3.5 Verteilungsmuster der VAS-Angaben zur Schmerzstärke

Die überwiegende Anzahl der Teilnehmerinnen beschreiben die erlebten Schmerzen als niedrig bis moderat. Jedoch gibt es unter den Anwenderinnen von Mifepriston signifikant häufiger Frauen, die ein höheres Schmerzlevel angeben.

Tabelle 34: Aufschlüsselung der Schmerzstärke aus VAS- Angaben (Chi²-Test)

VAS (0=keine Schmerzen, 10= unerträgliche Schmerzen)	Chirurgischer Abbruch (n=69)	Medikamentöser Abbruch (n=144)
0,0 – 0,9	26 (37,7 %)	22 (15,3 %)
1,0 – 1,9	8 (11,6 %)	13 (9,0 %)
2,0 – 2,9	13 (18,8 %)	18 (12,5 %)
3,0 – 3,9	3 (4,3 %)	16 (11,1 %)
4,0 – 4,9	4 (5,8 %)	16 (11,1 %)
5,0 – 5,9	7 (10,1 %)	14 (9,7 %)
6,0 – 6,9	4 (5,8 %)	12 (8,3 %)
7,0 – 7,9	1 (1,4 %)	12 (8,3 %)
8,0 – 8,9	2 (2,9 %)	8 (5,6 %)
9,0 – 9,9	1 (1,4 %)	10 (6,9 %)
10,0	0	3 (2,1 %)
fehlende Angaben	3	3

Chi²=24,681; 10 df; p=0,004; Signifikanzniveau

Die graphische Darstellung verdeutlicht den Unterschied zwischen den Methoden, zeigt jedoch auch die geringer ausgeprägten Diskrepanzen.

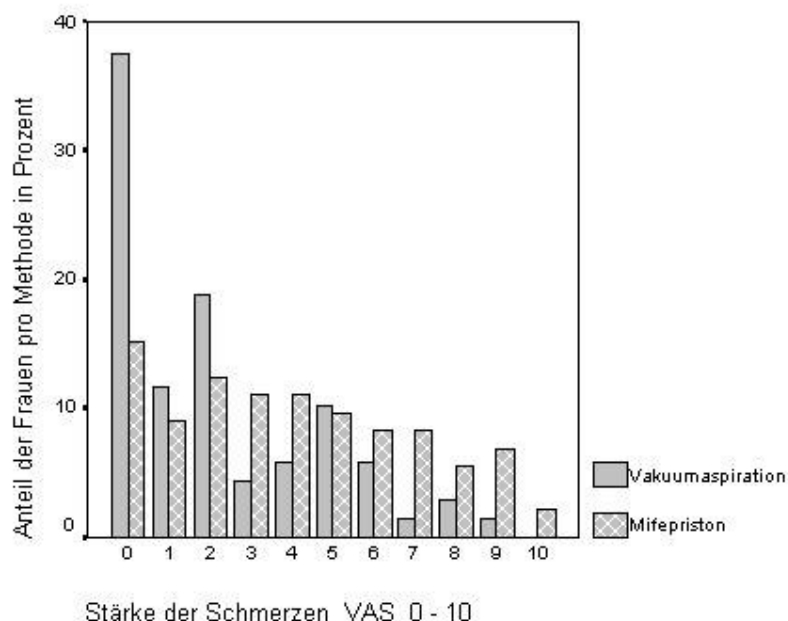


Abbildung 5: Verteilung der angegebenen Schmerzstärke

3.6.3.6 Vergleich von erwarteter und erlebter Stärke der Schmerzen

Auch für die Bewertung der Schmerzen wurde neben den metrischen Angaben ein subjektiver Vergleich der real erlebten mit den im Vorfeld erwarteten Schmerzen erhoben.

Tabelle 35: Einschätzung tatsächlicher und erwarteter Schmerzen (Chi²-Test)

Schmerzstärke	Chirurgischer Abbruch (n=62)	Medikamentöser Abbruch (n=134)	Chi ²	p
stärker als erwartet	9 (14,5 %)	36 (26,9 %)	3,655	p=0,068
wie erwartet	11 (17,7 %)	31 (23,1 %)	0,732	p=0,457
schwächer als erwartet	40 (64,5 %)	65 (48,5 %)	4,367	p=0,045
weiß nicht	2 (3,2 %)	2 (2,5 %)	0,637	p=0,592
fehlende Angaben	10	13		

Erwartete Schmerzstärke insgesamt: Chi²= 6,043; 3 df; p=0,101

Bezüglich der erwarteten und tatsächlichen Stärke der Schmerzen gibt es ebenfalls Unterschiede zwischen den angewandten Methoden, auch wenn diese insgesamt das Signifikanzniveau nicht erreichen. Für ein Sechstel der Frauen mit chirurgischer Methode sind die erlebten Schmerzen stärker als erwartet, bei mehr als einem Viertel der Mifepriston-Anwenderinnen ist es ebenso. Zwei Drittel der Anwenderinnen des chirurgischen Verfahrens hatten die zu erwartenden Schmerzen im Vorfeld überschätzt, während dies nur knapp die Hälfte der Frauen aus der medikamentösen Gruppe angeben.

3.6.3.7 Schmerzerfahrung in der Gruppe des medikamentösen Schwangerschaftsabbruches in Abhängigkeit von einem Geburtserlebnis

Vergleicht man in den Gruppen die erlebten Schmerzen der Frauen, welche bereits die intensive Schmerzerfahrung eines Geburtserlebnisses hatten, zeigt sich unter den Anwenderinnen der medikamentösen Methode bei den Nulliparae eine deutlich höhere Bewertung der erlittenen Schmerzen als bei Frauen mit geborenen Kindern (p=0,0001; signifikant).

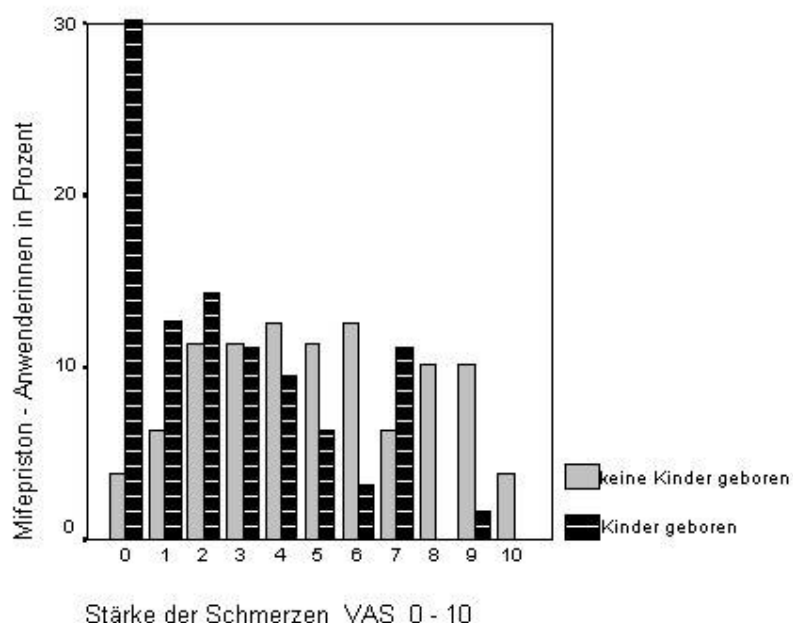


Abbildung 6: Verteilung der angegebenen Schmerzstärke unter Mifepriston–Anwenderinnen zwischen Frauen mit und ohne vorheriges Geburtserlebnis

Frauen mit den Schmerzerfahrungen einer Geburt bewerten die erlebten Schmerzen beim medikamentösen Abbruch überwiegend mit sehr niedrigen Punktzahlen der VAS-Skala. Hohe Punktzahlen werden nur in Ausnahmefällen vergeben. Bei Frauen ohne Geburtserfahrung ist das Spektrum der angegebenen Punktwerte weit gefächert, hohe Punktzahlen werden ebenfalls oft vergeben. Dieser Unterschied zwischen Frauen mit und ohne Geburtserlebnis bezüglich der Schmerzerfahrung beim Schwangerschaftsabbruch war unter den Anwenderinnen der chirurgischen Methode nicht vorhanden ($p=0,696$). Vergleicht man in den Gruppen die Schmerzen von Frauen, die schon einmal einen Schwangerschaftsabbruch durchgeführt hatten mit denjenigen, die den ersten Abbruch erleben, gibt es für beide Methoden keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf das Schmerzerleben ($p=0,870$ bei medikamentöser Methode; $p=0,455$ bei instrumenteller Methode). Insgesamt bewerteten in den abschließend erhobenen Kommentaren lediglich zwei Frauen (2,8 %) der chirurgischen Gruppe und 23 Frauen (15,6 %) der medikamentösen Gruppe die erlebten Schmerzen als zu stark.

3.6.3.8 Verabreichte Schmerzmedikamente

Angaben über verabreichte Schmerzmedikamente sind eher unvollständig dokumentiert, so dass hier auf eine Signifikanzprüfung wegen des geringen Aussagewertes verzichtet wird. Zur Illustration nur eine kurze Übersicht.

Tabelle 36: Verabreichte Schmerzmedikamente

Art der Medikation	Chirurgischer Abbruch (n=49)	Medikamentöser Abbruch (n=86)
keine	48 (98,0 %)	66 (76,7 %)
NSAR	1 (2,0 %)	19 (22,1 %)
Opioide	0	1 (1,2 %)
fehlende Angaben	23	61

Perioperativer Schmerzmittelbedarf nach Vakuumaspiration ist vernachlässigbar gering. Die auf der VAS-Skala vergebenen hohen Punktzahlen für erlebte Schmerzen bei der medikamentösen Methode spiegeln sich interessanterweise nicht im Schmerzmittelbedarf dieser Frauen wieder. Lediglich ein Viertel der Mifepriston-Anwenderinnen benötigt im Verlauf der Expulsion Schmerzmedikamente, überwiegend sind nichtsteroidale Antiphlogistika ausreichend. Diese Zahlen stimmen mit den internen Auswertungen des Familienplanungszentrums Balance [86] überein, welche die Daten ihrer ersten 270 Mifepriston-Anwenderinnen aufbereitet haben. Dort werden in 18 % der Fälle

therapiebedürftige Schmerzen angegeben. Etwa die Hälfte der Teilnehmerinnen unserer vorliegenden Studie sind im ausgewerteten Behandlungszeitraum bei Balance behandelt worden.

3.6.3.9 Einschränkungen im Tagesablauf durch Schmerzen oder Blutungen

Die Hälfte der Frauen geben nach chirurgischem Eingriff keinerlei Einschränkungen durch Schmerzen oder Blutungen an. In der medikamentösen Vergleichsgruppe beschreiben dies deutlich weniger Frauen, nur etwa einem Viertel der Mifepriston-Anwenderinnen gibt an, keine Einschränkungen erlebt zu haben. In dieser Gruppe kommen ziemliche und sehr starke Einschränkungen signifikant häufiger vor.

Tabelle 37: Einschränkung des Tagesablauf aufgrund von Blutungen oder Schmerzen (Chi²-Test)

Einschränkungen im normalen Tagesablauf	Chirurgischer Abbruch (n=72)	Medikamentöser Abbruch (n=147)	Chi ²	p
gar nicht	36 (50,0 %)	42 (28,6 %)	9,678	p=0,003
wenig	24 (33,3 %)	49 (33,3 %)	0,000	p=1,000
mittelmäßig	8 (11,1 %)	25 (17,0 %)	1,313	p=0,316
ziemlich	2 (2,8 %)	22 (15,0 %)	7,357	p=0,010
sehr stark	2 (2,8 %)	9 (6,1 %)	01,133	p=0,347
fehlende Angaben	0	0		

Einschränkungen insgesamt: Chi²= 14,973; 4 df; p=0,004; Signifikanzniveau

Insgesamt kann gesagt werden, dass Mifepriston-Anwenderinnen signifikant stärkere und längere Blutungen und auch mehr Schmerzen angeben als die Vergleichsgruppe. Von der Stärke der Blutungen waren die Mifepriston-Anwenderinnen eher überrascht, Frauen beider Gruppen haben die Schmerzen im Vorfeld eher überschätzt. Schmerzen wurden in der Mifepriston-Gruppe von Frauen ohne Geburtserfahrung als deutlich stärker eingeschätzt.

3.6.4 Nebenwirkungen

Es folgt zunächst eine Übersicht über die Häufigkeiten aufgetretener Nebenwirkungen und ein Vergleich der Inzidenzen zwischen beiden Methoden. Auswirkungen der körperlichen Belastung durch erhebliche Nebenwirkungen auf die psychische Verfassung werden später gesondert untersucht.

Tabelle 38: Nebenwirkungen (Chi²-Test), Mehrfachnennungen möglich

Nebenwirkungen	Chirurgischer Abbruch (n=72)	Medikamentöser Abbruch (n=147)	Chi ²	p
Müdigkeit	30 (41,7 %)	83 (56,5 %)	4,236	p=0,045
Bauchschmerzen	26 (36,1 %)	55 (37,4 %)	0,035	p=0,883
Krämpfe	13 (18,1 %)	50 (34,0 %)	6,006	p=0,017
Kreislaufprobleme	8 (11,1 %)	48 (32,7 %)	11,784	p=0,001
Übelkeit	3 (4,2 %)	43 (29,3 %)	18,328	p=0,0001
Brustschmerz	16 (22,2 %)	30 (20,4 %)	0,096	p=0,860
Kopfschmerzen	11 (15,3 %)	21 (14,3 %)	0,038	p=1,000
Durchfall	3 (4,2 %)	26 (17,7 %)	7,690	p=0,005
Schwindel	5 (6,9 %)	24 (16,3 %)	3,703	p=0,059
Erbrechen	0	22 (15,0 %)	11,979	p=0,0001
Hitzewallungen	7 (9,7 %)	18 (12,2 %)	0,304	p=0,657
Fieber	2 (2,8 %)	7 (4,8 %)	0,483	p=0,721
Herzklopfen	5 (6,9 %)	7 (4,8 %)	0,444	p=0,535
Atemnot	1 (1,4 %)	4 (2,7 %)	0,384	p=0,669
sonstige	3 (4,2 %)	4 (2,7 %)	0,326	p=0,686
fehlende Angaben	0	0		

Nebenwirkungen insgesamt: p=0,041; Signifikanzniveau

Die klassischen Nebenwirkungen des Prostaglandins wie Krämpfe, Übelkeit und Kreislaufprobleme werden von einem Drittel der Anwenderinnen der medikamentösen Methode angegeben. Über Durchfall und Erbrechen klagen ein Sechstel der Mifepriston-Anwenderinnen. Müdigkeit scheint die Nebenwirkung zu sein, welche die Teilnehmerinnen nach beiden Methoden am häufigsten angeben. Alle genannten Nebenwirkungen treten bei der medikamentösen Methode signifikant häufiger auf als bei den Frauen der chirurgischen Vergleichsgruppe. Andere Reaktionen wie Hitzewallungen, Fieber, Herzklopfen, Atemnot, Schwindel, Kopf- und Brustschmerzen kommen vor, sind jedoch insgesamt eher selten vertreten. Untersucht man die Summe der aufgetretenen Nebenwirkungen pro Teilnehmerin, ist ebenfalls bei den Anwenderinnen der medikamentösen Methode eine signifikant höhere Anzahl zu verzeichnen.

Tabelle 39: Anzahl der Nebenwirkungen pro Teilnehmerin (Chi²-Test)

	Chirurgischer Abbruch (n=72)	Medikamentöser Abbruch (n=147)	Chi ²	p
keine Nebenwirkungen	17 (23,6 %)	15 (10,2 %)	6,963	p=0,013
bis 3 Nebenwirkungen	46 (63,9 %)	81 (55,1 %)	1,532	p=0,245
mehr als 3 Nebenwirkungen	9 (12,5 %)	51 (34,7 %)	11,968	p=0,001
fehlende Angaben	0	0		

Anzahl der Nebenwirkungen insgesamt: Chi²=15,278; 2 df; p=0,001; Signifikanzniveau

Über die Hälfte der Teilnehmerinnen beider Gruppen gaben ein bis drei Nebenwirkungen an. Ohne jegliche Beschwerden war jede vierte Anwenderin der chirurgischen im Vergleich zu jeder zehnten Anwenderin der medikamentösen Methode. Mehr als drei Nebenwirkungen traten bei einem Achtel der Frauen in der chirurgischen Gruppe und einem Drittel der medikamentösen Gruppe auf. Somit ist auch die Anzahl der Nebenwirkungen pro Frau bei den Mifepriston-Anwenderinnen signifikant erhöht. Bei der abschließenden Bewertung der Nebenwirkungen gaben jedoch nur eine Frau der chirurgischen Gruppe und acht Mifepriston-Anwenderinnen an, dass die Nebenwirkungen zu stark gewesen wären.

3.7 Psychische Belastung

3.7.1 Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

3.7.1.1 Angst und Depression vor dem Eingriff – Vergleich beider Methoden anhand der Zuordnung zu verschiedenen Ausprägungsniveaus (Cut-Off-Wert 10)

Wie bereits an anderer Stelle im Kapitel 2 unter Material und Methode erläutert, werden bei jeder Teilnehmerin die in den 14 Items des Fragebogens erzielten Punktwerte in den zwei Subskalen Angst und Depression jeweils summiert. Danach erfolgt die Einteilung der Niveaus anhand gängiger Wertebereiche. Im Folgenden zunächst der Vergleich von Angst und Depression vor dem Eingriff zwischen den Anwenderinnen der beiden Methoden. Dabei gingen nur Daten derjenigen Teilnehmerinnen in die Berechnung ein, die jeweils beide Teile der HADS (vorher und nachher) vollständig ausgefüllt hatten. Dieses Vorgehen soll Konfusionen vermeiden, da die später durchzuführenden Mittelwert-Berechnungen der Rohwerte und die Wanderungsbewegungen bei HADS-Ergebnissen nur anhand gepaarter Vorher-Nachher-Vergleiche vorgenommen werden können. Zusätzlich wurden jedoch die Berechnungen von Angst- und Depressionsniveau auch unter Einschluss der Teilnehmerinnen angestellt, die jeweils nur einen Teil der HADS (vorher oder nachher) vollständig ausgefüllt hatten. Die Ergebnisse wichen unerheblich von den nun aufgeführten ab, so dass auf einen Abdruck hier verzichtet wird.

Tabelle 40: Hospital Anxiety and Depression Scale - Angst vor dem Eingriff (Chi²-Test)

HADS – vorher Angst Skala Angstniveau	Chirurgischer Abbruch (n=64)	Medikamentöser Abbruch (n=136)	Chi ²	p
unauffällig (0 – 7 Punkte)	25 (39,1 %)	63 (46,3 %)	0,931	p=0,335
Grenzbereich (8 – 10 Punkte)	14 (21,9 %)	36 (26,5 %)	0,490	p=0,484
auffällig (>10 Punkte)	25 (39,1 %)	37 (27,2 %)	2,860	p=0,091
fehlende Angaben	8	11		

Tabelle 41: Verteilung der Angstniveaus insgesamt: Chi²=2,863; 2 df; p=0,239

In der Gruppe der chirurgischen Methode gab es insgesamt 25 Frauen (39,1 %) mit auffällig erhöhten Angstwerten vor dem Eingriff. In der Vergleichsgruppe der Mifepriston-Anwenderinnen waren dies mit 37 Frauen (27,2 %) deutlich weniger. Ein signifikanter Unterschied wird jedoch bei einer separaten Prüfung des auffälligen Angstniveaus mit p=0,091 knapp verfehlt. Bei einem Vergleich der Gesamtverteilung der Angstniveaus zwischen beiden Methoden verflacht der Unterschied etwas (p=0,239).

Tabelle 42: Hospital Anxiety and Depression Scale - Depression vor dem Eingriff (Chi²-Test)

HADS – vorher Depression Skala Depressionsniveau	Chirurgischer Abbruch (n=64)	Medikamentöser Abbruch (n=136)	Chi ²	p
unauffällig (0 – 7 Punkte)	37 (57,8 %)	86 (63,2 %)	0,541	p=0,534
Grenzbereich (8 – 10 Punkte)	13 (20,3 %)	21 (15,4 %)	0,732	p=0,423
auffällig (>10 Punkte)	14 (21,9 %)	29 (21,3 %)	0,008	p=1,000
fehlende Angaben	8	11		

Verteilung der Depressionsniveaus insgesamt: Chi²=0,822; 2 df; p=0,645

Diese Unterschiede zwischen den Anwenderinnen beider Methoden sind bei der Analyse der vor dem Eingriff erhobenen Depressionswerte nicht ausgeprägt. Auch erreichen hier mit 14 Frauen (21,9 %) in der chirurgischen Gruppe und 29 Frauen (21,3 %) in der medikamentösen Gruppe weniger Teilnehmerinnen ein auffälliges Niveau als bei der Erhebung der Angst beobachtet.

3.7.1.2 Angst und Depression vor dem Eingriff – Vergleich der Werte bei Studienabbrecherinnen und Studienteilnehmerinnen

Der bereits erfolgte Vergleich der erhobenen demographischen Daten von 219 Studienteilnehmerinnen und den 69 Studienabbrecherinnen, von welchen nur der erste Teil des Fragebogens ausgefüllt vorliegt, ergab keine signifikanten Unterschiede zwischen diesen Frauen. Hier soll aus den vorhandenen Daten der vor dem Eingriff erhobenen HADS nochmals auf eventuelle Unterschiede zwischen Teilnehmerinnen und Studienabbrecherinnen geprüft werden, um eine möglicherweise vorliegende Selektions-Bias genauer beschreiben zu können. Die jeweils angewandte Methode des Schwangerschaftsabbruches wurde hierbei vernachlässigt, da bereits vorher unter den Anwenderinnen verschiedener Methoden kein

signifikanter Unterschied bezüglich der Gesamtniveaus von Angst und Depression vor dem Abbruch gefunden wurde. Anzumerken ist weiterhin, dass hierbei auch die Angaben von denjenigen Teilnehmerinnen berücksichtigt wurden, die nur den ersten der beiden HADS-Fragebögen (vorher) vollständig ausgefüllt hatten.

Tabelle 43: Hospital Anxiety and Depression Scale - Angst vor dem Eingriff (Chi²-Test)

HADS – vorher Angst Skala	Studien- teilnehmerinnen (n=210)	Studien- abbrecherinnen (n=63)	Chi ²	p
unauffällig (0 – 7 Punkte)	95 (45,2 %)	31 (49,2 %)	0,307	p=0,579
Grenzbereich (8 – 10 Punkte)	50 (23,8 %)	14 (22,2 %)	0,068	p=0,794
auffällig (>10 Punkte)	65 (31,0 %)	18 (28,6 %)	0,130	p=0,719
fehlende Angaben	9	6		

Verteilung der Angstniveaus insgesamt: Chi²=0,308; 2 df; p=0,857

Tabelle 44: Hospital Anxiety and Depression Scale - Depression vor dem Eingriff (Chi²-Test)

HADS – vorher Depression Skala	Studien- teilnehmerinnen (n=210)	Studien- abbrecherinnen (n=63)	Chi ²	p
unauffällig (0 – 7 Punkte)	128 (61,0 %)	36 (57,1 %)	0,293	p=0,588
Grenzbereich (8 – 10 Punkte)	37 (17,6 %)	13 (20,6 %)	0,295	p=0,587
auffällig (>10 Punkte)	45 (21,4 %)	14 (22,2 %)	0,018	p=0,893
fehlende Angaben	9	6		

Verteilung der Depressionsniveaus insgesamt: Chi²=0,372; 2 df; p=0,830

Wie aus diesen beiden Tabellen ersichtlich, gibt es weder bei Angst noch bei Depression deutliche Unterschiede zwischen den Frauen, die die Studie vorzeitig beendet haben, und denjenigen, von denen alle Daten komplett zur Verfügung stehen. Somit kann man annehmen, dass die Ergebnisse der Studie über emotionale Verarbeitung des Schwangerschaftsabbruches nicht durch das vorzeitige Ausscheiden von gerade solchen Frauen, bei denen eine problematischere Verarbeitung zu erwarten wäre, verfälscht werden könnten.

3.7.1.3 Angst und Depression vier Wochen nach dem Eingriff – Vergleich beider Methoden anhand der Zuordnung zu verschiedenen Ausprägungsniveaus (Cut-Off-Wert 10)

Vier Wochen nach dem Eingriff wird im zweiten Teil des Fragebogens erneut die Hospital Anxiety and Depression Scale ausgefüllt. Hier zunächst erst einmal wieder eine Zuordnung der pro Teilnehmerin jeweils aus den Items summierten Punktwerte zu den unterschiedlichen Niveaus von Angst und Depression. Dabei gingen auch hier nur Daten derjenigen Teilnehmerinnen in die Berechnung ein, die beide Teile der HADS (vorher und nachher) vollständig ausgefüllt hatten.

Tabelle 45: Hospital Anxiety and Depression Scale – Angst vier Wochen nach dem Eingriff (Chi²-Test)

HADS – nachher Angst Skala	Chirurgischer Abbruch (n=64)	Medikamentöser Abbruch (n=136)	Chi ²	p
unauffällig (0 – 7 Punkte)	56 (87,5 %)	118 (86,8 %)	0,021	p=1,000
Grenzbereich (8 – 10 Punkte)	4 (6,3 %)	13 (9,6 %)	0,613	p=0,589
auffällig (>10 Punkte)	4 (6,3 %)	5 (3,7 %)	0,671	p=0,471
fehlende Angaben	8	11		

Verteilung der Angstniveaus insgesamt: Chi²=1,204; 2 df; p=0,533

Vier Woche nach dem Eingriff erreichen in der Gruppe der chirurgischem Methode noch vier Frauen (6,3 %) ein auffällig erhöhtes Angstniveau, bei den Mifepriston-Anwenderinnen sind es mit noch fünf Frauen (3,7 %) etwas weniger. Ein signifikanter Unterschied zwischen beiden Methoden wird weder jedoch bei der Signifikanzprüfung der verschiedenen Angstniveaus gegeneinander noch bei der Signifikanzprüfung der Gesamtverteilung erreicht.

Tabelle 46: Hospital Anxiety and Depression Scale – Depression vier Wochen nach dem Eingriff (Chi²-Test)

HADS – nachher Depression Skala	Chirurgischer Abbruch (n=64)	Medikamentöser Abbruch (n=136)	Chi ²	p
unauffällig (0 – 7 Punkte)	57 (89,1 %)	123 (90,4 %)	0,092	p=0,803
Grenzbereich (8 – 10 Punkte)	4 (6,3 %)	10 (7,4 %)	0,081	p=1,000
auffällig (>10 Punkte)	3 (4,7 %)	3 (2,2 %)	0,921	p=0,387
fehlende Angaben	8	11		

Verteilung der Depressionsniveaus insgesamt: Chi²=0,978; 2 df; p=0,622

Vier Wochen nach dem Eingriff weisen noch drei Frauen (4,7 %) in der chirurgischen Gruppe und mit drei Frauen (2,2 %) eine leicht geringere Anzahl in der medikamentösen Gruppe auffällig erhöhte Depressionswerte auf. Es besteht kein signifikanter Unterschied zwischen den Anwenderinnen beider Verfahren. Auch bei der Signifikanzprüfung der Gesamtverteilung der Depressionsniveaus ergibt sich kein deutlicher Unterschied zwischen den Methoden.

3.7.1.4 Angst und Depression vor und vier Wochen nach dem Eingriff – Vergleich beider Methoden anhand von Mittelwertberechnungen

Bei dem Vergleich der Rohwerte werden die erreichten Punktzahlen der einzelnen Frauen verrechnet, sie werden also nicht einem bestimmten Wertebereich zugeordnet. Dabei gehen nur die Ergebnisse derjenigen Frauen in die Berechnung ein, bei denen die HADS vor und nach dem Eingriff komplett ausgefüllt wurde, weil nur so das Maß der Veränderung im zeitlichen Verlauf genau zu beurteilen ist. Mittelwertberechnungen anhand des T-Tests für gepaarte sowie unabhängige Stichproben wurden durchgeführt, um unsere Ergebnisse mit denen anderer Studien vergleichen zu können. Der T-Test ist jedoch eigentlich eine parametrischer Test, während die erreichten Punktzahlen in Fragebögen im streng

mathematischen Sinne Ergebnisse ordinal skalierten Antwortschemata darstellen. Aus diesem Grund wurde den hier abgedruckten Ergebnissen eine Varianzanalyse vorgeschaltet, um eine Aussage über das Maß der Unterschiede innerhalb der Gruppen im zeitlichen Verlauf als auch zwischen den Gruppen zum jeweiligen Messzeitpunkt zu erhalten. Dabei wurde sowohl für die Werte von Angst als auch Depression im zeitlichen Verlauf (Innersubjekteffekt) ein signifikanter Abfall (jeweils $p=0,0001$) gefunden. Der Gruppenvergleich für die erreichten Angstwerte (Zwischensubjekteffekt) zeigte eine signifikant niedrigere Angst unter den Mifepriston-Anwenderinnen ($p=0,025$) im Vergleich zur chirurgischen Kontrollgruppe. Für die gemessene Depression war der Unterschied zwischen den Gruppen hingegen nicht signifikant ($p=0,176$).

Mittelwerte im zeitlichen Verlauf

Nach der aus oben beschriebenen Gründen vorgeschalteten Varianzanalyse wird im Folgenden ein direkter Mittelwertvergleich im zeitlichen Verlauf vorgenommen.

Tabelle 47: Vergleich der Mittelwerte der erzielten Punkte bei Anwenderinnen der chirurgischen und medikamentösen Methode (T-Test für gepaarte Stichproben)

Mittelwerte aus HADS - Punktzahlen		Chirurgischer Abbruch (n=64) <u>Mittelwert</u> <i>Standardabweichung</i>	Medikamentöser Abbruch (n=136) <u>Mittelwert</u> <i>Standardabweichung</i>
Angst	vorher	<u>8,84</u> 3,68	<u>7,67</u> 4,02
	nach vier Wochen	<u>4,61</u> 3,57	<u>3,58</u> 3,42
	Gepaarte Differenz	<u>4,23</u> 3,66	<u>4,09</u> 3,59
	T	9,258	13,292
	Signifikanz	$p=0,0001$	$p=0,0001$
Depression	vorher	<u>7,06</u> 4,56	<u>6,15</u> 4,82
	nach vier Wochen	<u>2,84</u> 3,30	<u>2,37</u> 3,02
	Gepaarte Differenz	4,22 4,33	3,79 4,39
	T	7,795	10,069
	Signifikanz	$p=0,0001$	$p=0,0001$
fehlende Angaben		8	11

Bei der Beurteilung der Angaben aus der Subskala Angst fällt bei einem Vergleich der Mittelwerte ein signifikanter Abfall im Verlauf des Ereignisses auf. Vor dem Eingriff lag der Mittelwert der Angst bei den Frauen der chirurgischen Gruppe bei 8,84 und fiel im Verlauf von vier Wochen auf 4,61 signifikant ab ($p=0,0001$). Bei den Mifepriston-Anwenderinnen fiel

der Ausgangswert von 7,67 vor dem Eingriff auf 3,58 nach vier Wochen ebenfalls signifikant ab ($p=0,0001$). Ähnlich verhält sich der Abfall im zeitlichen Verlauf auch bei den zur Depression errechneten Mittelwerten. In der chirurgischen Gruppe erfolgte ein signifikanter Abfall der Depressionswerte von 7,06 vor dem Ereignis auf durchschnittlich 2,84 vier Wochen später. Unter den Mifepriston-Anwenderinnen fiel der Ausgangswert von 6,15 vor dem Schwangerschaftsabbruch nach vier Wochen signifikant auf 2,37 ($p=0,0001$). Wie aus den gepaarten Differenzen abzuleiten, war das Ausmaß des Abfalls für Angst und Depression bei beiden Methoden trotz unterschiedlicher Ausgangswerte sehr ähnlich.

Vergleich der Mittelwerten beider Methoden zum jeweiligen Messzeitpunkt

Bei einem direkten Vergleich der errechneten Mittelwerte für Angst und Depression vor und vier Wochen nach dem Eingriff aus den Angaben der Anwenderinnen verschiedener Methoden fällt auf, dass alle Ausgangs- und Endwerte bei den Anwenderinnen der medikamentösen Methode niedriger sind als in der chirurgischen Vergleichsgruppe.

Tabelle 48: Vergleich der Mittelwerte der erzielten Punkte bei Anwenderinnen der chirurgischen und medikamentösen Methode (T-Test für unabhängige Stichproben, Levene)

Mittelwerte aus HADS - Punktzahlen		Chirurgischer Abbruch (n=64) Mittelwert Standardabweichung	Medikamentöser Abbruch (n=136) Mittelwert Standardabweichung
Angst	vorher	8,84 3,68	7,67 4,02
		p=0,049	
	nach vier Wochen	4,61 3,57	3,58 3,42
		p=0,052	
Depression	vorher	7,06 4,56	6,15 4,82
		p=0,208	
	nach vier Wochen	2,84 3,30	2,37 3,02
		p=0,314	
fehlende Angaben		8	11

Vor dem Eingriff lag der Mittelwert der Angst bei den Frauen der chirurgischen Gruppe bei $M=8,84$ und bei den Mifepriston-Anwenderinnen etwas niedriger bei $M=7,67$. Dieser Unterschied erreicht mit $p=0,049$ knapp das Signifikanzniveau. Auch bei den nach vier Wochen erzielten Endwerten sind diese bei den Teilnehmerinnen mit medikamentöser Methode etwas niedriger als in der chirurgischen Vergleichsgruppe ($M=3,58$ versus $M=4,61$). Ein Signifikanzniveau wird hier mit $p=0,052$ knapp verfehlt. Der Trend ist jedoch eindeutig:

Die Angstwerte der Anwenderinnen von Mifepriston sind sowohl vor als auch nach dem Schwangerschaftsabbruch deutlich niedriger als in der chirurgischen Vergleichsgruppe. Bei den zur Depression errechneten Mittelwerten ist der Ausgangswert in der chirurgischen Gruppe gemittelt $M=7,06$. Unter den Mifepriston-Anwenderinnen ergibt sich ein etwas niedrigerer Ausgangswert von $M=6,15$ vor dem Schwangerschaftsabbruch. Dieser fällt vier Wochen später signifikant auf $M=2,37$ und liegt somit auch abschließend etwas niedriger als in der chirurgischen Vergleichsgruppe ($M=2,84$). Die Unterschiede zwischen den Methoden sind bezüglich der Depression jedoch weit weniger deutlich, bei der Signifikanzprüfung wird sowohl bei den Ausgangswerten ($p=0,208$) als auch den Endwerten ($p=0,314$) ein signifikanter Unterschied klar verfehlt.

3.7.1.5 Einzelfallanalyse mit genauer Verfolgung der Ausprägungsniveaus für Angst jeder Teilnehmerin im zeitlichen Verlauf (McNemar-Test)

Nach einem nur grob orientierenden Mittelwertvergleich soll nun in einem weiteren Schritt untersucht werden, wie sich im Verlauf des Ereignisses die unterschiedlichen Ausgangsniveaus von Angst und Depression verändern. Wie ist der Abfall der Werte im einzelnen zustande gekommen? Gibt es Teilnehmerinnen, die hinterher auffälligere Ergebnisse vorweisen als vor dem Eingriff? Wie viele Teilnehmerinnen haben unveränderte Werte? In die Berechnungen einbezogen werden auch hier nur die Daten derjenigen Teilnehmerinnen, bei denen HADS vorher und HADS nach vier Wochen vollständig vorliegt.

Tabelle 49: Wanderungsbewegung der Angstwerte bei Anwenderinnen der chirurgischen Methode

<u>Angst</u>	Σ	nach 4 Wochen <u>unauffällig</u> (0 – 7 Punkte)	nach 4 Wochen <u>grenzwertig</u> (8 – 10 Punkte)	nach 4 Wochen <u>auffällig</u> (ab 11 Punkten)
Σ	64 (100,0 %)	56 (87,5 %)	4 (6,3 %)	4 (6,3 %)
vorher <u>unauffällig</u> (0 – 7 Punkte)	25 (39,1 %)	25 (39,1 %)		
vorher <u>grenzwertig</u> (8 – 10 Punkte)	14 (21,9 %)	12 (18,8 %)	2 (3,1 %)	
vorher <u>auffällig</u> (ab 11 Punkten)	25 (39,1 %)	19 (29,7 %)	2 (3,1 %)	4 (6,3 %)

McNemar-Test : $p=0,0001$

Kappa = 0,169; $p=0,003$

Unter den Anwenderinnen der chirurgischen Methode zeigten vor dem Eingriff 25 Teilnehmerinnen (39,1 %) auffällig erhöhte Angstwerte. 19 Frauen davon waren vier Wochen später unauffällig, zwei Frauen hatten nur noch Grenzwerte, vier Frauen erreichten auch nach vier Wochen noch erhöhte Angstwerte. Von den 14 Frauen (21,9 %), die vor dem Eingriff

Angstwerte im Grenzbereich aufwiesen, taten dies vier Wochen später nur noch zwei Frauen, die anderen 12 Frauen zeigten dann unauffällige Werte. Alle 25 Frauen (39,1 %) mit normalen Angstwerten vor dem Eingriff waren auch vier Wochen später unauffällig. Somit hatte sich unter den Teilnehmerinnen in der chirurgischen Gruppe niemand im zeitlichen Verlauf bezüglich seiner Angstwerte verschlechtert, 25 Frauen waren weiterhin unauffällig, 33 Frauen zeigten nach vier Wochen bessere Angstwerte als vor dem Eingriff.

Tabelle 50: Wanderungsbewegung der Angstwerte bei Anwenderinnen der medikamentösen Methode

<u>Angst</u>	Σ	nach 4 Wochen <u>unauffällig</u> (0 – 7 Punkte)	nach 4 Wochen <u>grenzwertig</u> (8 – 10 Punkte)	nach 4 Wochen <u>auffällig</u> (ab 11 Punkten)
Σ	<u>136</u> (100,0 %)	<u>118</u> (86,8 %)	<u>13</u> (9,6 %)	<u>5</u> (3,7 %)
vorher <u>unauffällig</u> (0 – 7 Punkte)	<u>63</u> (46,3 %)	<u>63</u> (46,3 %)		
vorher <u>grenzwertig</u> (8 – 10 Punkte)	<u>36</u> (26,5 %)	<u>33</u> (24,3 %)	<u>3</u> (2,2 %)	
vorher <u>auffällig</u> (ab 11 Punkten)	<u>37</u> (27,2 %)	<u>22</u> (16,2 %)	<u>10</u> (7,4 %)	<u>5</u> (3,7 %)

McNemar-Test: p=0,0001

Kappa = 0,151; p=0,001

Unter den Mifepriston-Anwenderinnen zeigten vor dem Eingriff 37 Teilnehmerinnen (27,2 %) auffällig erhöhte Angstwerte. 22 Frauen davon waren vier Wochen später unauffällig, zehn Frauen hatten nur noch Werte im Grenzbereich, fünf Frauen erreichten auch nach vier Wochen noch erhöhte Angstwerte. Von den 36 Frauen (26,5 %), die vor dem Eingriff grenzwertige Angstparameter aufwiesen, taten dies vier Wochen später nur noch drei Frauen, die anderen 33 Frauen zeigten dann unauffällige Werte. Alle 63 Frauen (46,3 %) mit normalen Angstwerten vor dem Eingriff waren auch vier Wochen später unauffällig. Somit hatte sich auch unter den Teilnehmerinnen in der medikamentösen Gruppe niemand im zeitlichen Verlauf bezüglich seiner Angstwerte verschlechtert, 63 Frauen waren weiterhin unauffällig, 65 Frauen zeigten nach vier Wochen bessere Angstwerte als vor dem Eingriff. Zusammenfassend bestätigt sich auch in der Einzelfallanalyse ein signifikanter Abfall der gemessenen Angst der Teilnehmerinnen. Nur vereinzelt bleiben erhöhte Angstniveaus erhalten, niemand hat einen Ausgangswert verschlechtert.

3.7.1.6 Einzelfallanalyse mit genauer Verfolgung der Ausprägungsniveaus für Depression jeder Teilnehmerin im zeitlichen Verlauf (McNemar-Test)

Bei der Einzelfallanalyse des Depressionsverlaufes ergibt sich ein bunteres Bild als beim Verlauf der Angst.

Tabelle 51: Wanderungsbewegung der Depressionswerte bei Anwenderinnen der chirurgischen Methode

<u>Depression</u>	Σ	nach 4 Wochen <u>unauffällig</u> (0 – 7 Punkte)	nach 4 Wochen <u>grenzwertig</u> (8 – 10 Punkte)	nach 4 Wochen <u>auffällig</u> (ab 11 Punkten)
Σ	64 (100,0 %)	57 (89,1 %)	4 (6,3 %)	3 (4,7 %)
vorher <u>unauffällig</u> (0 – 7 Punkte)	37 (57,8 %)	35 (54,7 %)	1 (1,6 %)	1 (1,6 %)
vorher <u>grenzwertig</u> (8 – 10 Punkte)	13 (20,3 %)	12 (18,8 %)	1 (1,6 %)	
vorher <u>auffällig</u> (ab 11 Punkten)	14 (21,9 %)	10 (15,6 %)	2 (3,1 %)	2 (3,1 %)

McNemar-Test: $p=0,0001$

Kappa = 0,121; $p=0,079$

Unter den Anwenderinnen der chirurgischen Methode zeigten vor dem Eingriff 14 Teilnehmerinnen (21,9 %) auffällig erhöhte Depressionswerte. Zehn Frauen davon waren vier Wochen später unauffällig, zwei Frauen hatten nur noch Grenzwerte, zwei Frauen erreichten auch nach vier Wochen noch erhöhte Werte auf der Depressions-Subskala der HADS. Von den 13 Frauen (20,3 %), die vor dem Eingriff Depressionswerte im Grenzbereich aufwiesen, tat dies vier Wochen später nur noch eine Teilnehmerin, die anderen zwölf Frauen zeigten dann unauffällige Werte. Von den 37 Frauen (57,8 %) mit normalen Depressionswerten vor dem Eingriff waren auch vier Wochen später mit 35 Frauen die übergroße Mehrzahl weiterhin unauffällig. Eine Teilnehmerin zeigte dann jedoch einen Depressionswert im Grenzbereich, eine weitere hatte nach vier Wochen einen auffälligen Wert. Somit hatten sich unter den Teilnehmerinnen in der chirurgischen Gruppe zwei Frauen im zeitlichen Verlauf bezüglich ihrer Depressionswerte verschlechtert, zwei weitere zeigten anhaltend auffällige Werte. 24 Teilnehmerinnen zeigten jedoch nach vier Wochen bessere Werte als vor dem Eingriff, 35 Frauen waren weiterhin unauffällig.

Tabelle 52: Wanderungsbewegung der Depressionswerte bei Anwenderinnen der medikamentösen Methode

<u>Angst</u>	Σ	nach 4 Wochen <u>unauffällig</u> (0 – 7 Punkte)	nach 4 Wochen <u>grenzwertig</u> (8 – 10 Punkte)	nach 4 Wochen <u>auffällig</u> (ab 11 Punkten)
Σ	<u>136</u> (100,0 %)	<u>123</u> (90,4 %)	<u>10</u> (7,4 %)	<u>3</u> (2,2 %)
vorher <u>unauffällig</u> (0 – 7 Punkte)	<u>86</u> (63,2 %)	<u>83</u> (61,0 %)	<u>2</u> (1,5 %)	<u>1</u> (0,7 %)
vorher <u>grenzwertig</u> (8 – 10 Punkte)	<u>21</u> (15,4 %)	<u>18</u> (13,2 %)	<u>3</u> (2,2 %)	
vorher <u>auffällig</u> (ab 11 Punkten)	<u>29</u> (21,3 %)	<u>22</u> (16,2 %)	<u>5</u> (3,7 %)	<u>2</u> (1,5 %)

McNemar-Test: p=0,0001

Kappa = 0,143; p=0,002

Unter den Mifepriston-Anwenderinnen zeigten vor dem Eingriff 29 Teilnehmerinnen (21,3 %) auffällig erhöhte Werte auf der Depressions-Subskala der HADS. 22 Frauen davon waren vier Wochen später unauffällig, fünf Frauen hatten nur noch Werte im Grenzbereich, zwei Frauen erreichten auch nach vier Wochen noch erhöhte Depressionswerte. Von den 21 Frauen (15,4 %), die vor dem Eingriff Depressionswerte im Grenzbereich aufwiesen, taten dies vier Wochen später nur noch drei Frauen, die anderen 21 Frauen zeigten dann unauffällige Werte. Von den 86 Teilnehmerinnen (63,2 %) mit normalen Werten vor dem Eingriff waren auch vier Wochen später noch 83 Frauen unauffällig. Zwei jedoch zeigten nach dem Eingriff Depressionswerte im Grenzbereich, eine weitere erreichte auffällig erhöhte Werte. Somit hatten sich unter den Mifepriston-Anwenderinnen insgesamt drei Frauen im zeitlichen Verlauf bezüglich ihrer Depressionswerte verschlechtert, zwei weitere zeigten anhaltend auffällige Werte. 45 Teilnehmerinnen zeigten nach vier Wochen verbesserte Werte, 83 Frauen waren auch weiterhin ohne auffällige Depressionswerte. Als Quintessenz ergibt sich aus den Wanderungsbewegungen der Werte von Angst und Depression im zeitlichen Verlauf auch bei der Betrachtung der einzelnen Fälle ein stabiler Verlauf bei den Frauen mit normalen Ausgangswerten. Diese stellen mit etwa der Hälfte aller Teilnehmerinnen die größte Gruppe. Ein sehr großer Anteil der Frauen mit vorher auffällig erhöhten Werten auf den Subskalen zeigen nach vier Wochen normalisierte Werte. Nur ein sehr kleiner Teil aller Frauen zeigt auch zu diesem Zeitpunkt weiterhin erhöhte Werte. Neun Frauen verbleiben nach vier Wochen mit erhöhten Angstwerten, sechs mit erhöhten Depressionswerten. Keine der Teilnehmerinnen verschlechterte sich bezüglich der gemessenen Angstwerte, insgesamt nur fünf Teilnehmerinnen wiesen nach dem Eingriff höhere Depressionswerte auf als vor dem Schwangerschaftsabbruch. Etwa ein Drittel aller Teilnehmerinnen haben vor dem Eingriff

erhöhte Angstwerte im Sinne einer klinisch relevanten Angststörung, ein Fünftel weist erhöhte Depressionswerte auf. Nach dem Eingriff besteht noch bei jeder zwanzigsten Teilnehmerin ein erhöhtes Angstniveau, jede dreißigste weist ein erhöhtes Depressionsniveau auf. Insgesamt zeigt die Auswertung der HADS für Angst und Depression etwas positivere Resultate unter den Mifepriston-Anwenderinnen. Sie sind in geringerem Ausmaß vor dem Eingriff von auffällig erhöhten Werten betroffen und dieser Trend besteht auch bei den gemessenen Endresultaten nach vier Wochen noch. Die Mittelwertvergleiche belegen diese niedrigeren Ausgangs- und Endwerte ebenfalls.

3.7.1.7 Zusammenhang von Angst und Depression (HADS) und Self-Efficacy-Index

Der bereits ermittelte Self-Efficacy-Index für jede Teilnehmerin ist Ausdruck der Selbsteinschätzung der vorhandenen Fähigkeit zur relativ nahtlosen Rückkehr in den Lebensalltag nach dem Schwangerschaftsabbruch. Wie bereits beschrieben, gab es zwischen den Anwenderinnen der unterschiedlichen Methoden keine signifikanten Diskrepanzen zwischen den erreichten Indizes. Jedoch zeigte die Gesamtheit der Frauen vor einem medikamentösen Schwangerschaftsabbruch für alle abgefragten Items positivere Werte als ihre chirurgische Vergleichsgruppe, auch der Gesamt-Index für Self-Efficacy war bei den Mifepriston-Anwenderinnen leicht höher. Dieser Index der einzelnen Teilnehmerinnen als Maß vorhandener Coping-Ressourcen soll jetzt noch einmal mit der tatsächlich erlebten psychischen Belastung (in Form von Angst und Depression) sowohl vor als auch vier Wochen nach dem Eingriff in Verbindung gebracht werden. Dafür verwendet wurde der T-Test, welcher unabhängig von der gewählten Methode die erreichten Self-Efficacy-Indizes von Frauen mit vorliegender Angst oder Depression (Cut-Off-Wert 10) mit denjenigen der Frauen mit normalen oder grenzwertigen Ausmaßen für Angst und Depression vergleicht.

Tabelle 53: Zusammenhang Self-Efficacy-Index und HADS (T-Test)

	<u>Mittelwert</u> , Standardabweichung aus <u>Self-Efficacy-Indizes</u> der Frauen mit relevanter psychischer Belastung (> 10 Punkte auf HADS-Subskala)	<u>Mittelwert</u> , Standardabweichung aus <u>Self-Efficacy-Indizes</u> der Frauen ohne relevante psychischer Belastung (> 10 Punkte auf HADS-Subskala)	p
<u>Angst</u> vor dem Eingriff	<u>5,96</u> 2,12	<u>7,48</u> 2,07	p=0,0001
<u>Depression</u> vor dem Eingriff	<u>6,18</u> 2,39	<u>7,23</u> 2,09	p=0,006
<u>Angst</u> vier Wochen nach dem Eingriff	<u>6,03</u> 1,57	<u>7,05</u> 2,21	p=0,175
<u>Depression</u> vier Wochen nach dem Eingriff	<u>6,93</u> 2,30	<u>7,01</u> 2,20	p=0,939

Der Zusammenhang zwischen Self-Efficacy-Index und Angst sowie Depression vor dem Eingriff ist eindeutig und signifikant. Diejenigen Frauen, die im Vorfeld des Eingriffs ihre eigenen Ressourcen zum Umgang mit dem Lebensereignis Schwangerschaftsabbruch sehr hoch einschätzen, sind auch diejenigen, die signifikant seltener auffällig erhöhte Angst- oder Depressionswerte in den HADS-Subskalen erreichen. Der prädiktive Wert des Self-Efficacy-Index für die gute psychische Bearbeitung nach dem Schwangerschaftsabbruch ist hingegen weniger eindeutig. Zwar haben diejenigen Frauen mit auffälligen Angstwerten vier Wochen nach dem Eingriff bereits im Vorfeld ihre Coping-Ressourcen niedriger eingeschätzt als die Teilnehmerinnen mit unauffälligen Angstwerten nach dem Eingriff, aber die Unterschiede erreichen das Signifikanzniveau in dieser Studie nicht ($p=0,175$). Eine Depression nach Schwangerschaftsabbruch kann mit diesem Test nicht vorhergesehen werden, Teilnehmerinnen mit erhöhten Depressionswerten nach dem Eingriff schätzten ihre Coping-Ressourcen im Vorfeld ähnlich gut ein wie die Teilnehmerinnen ohne klinische relevante Depression nach dem Abbruch ($p=0,939$).

3.7.1.8 Zusammenhang von Angst und Depression (HADS) mit anderen Parametern

Ferner wurde eine mögliche Assoziation von klinisch relevanter Angst und Depression mit anderen Parametern untersucht, welche in verschiedenen Studien in einen Zusammenhang mit besserer oder schlechterer emotionaler Verarbeitung gebracht worden sind (Chi²-Test nach Pearson). Die einzig signifikante Assoziation wurde bei der Prüfung des Zusammenhanges mit der Klarheit der Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch gefunden. Diejenigen Teilnehmerinnen, die ihren Entschluss zum Abbruch als eine von Beginn an klare Entscheidung beschrieben, wiesen vor dem Abbruch signifikant seltener relevant erhöhte Werte für Angst ($p=0,015$) oder Depression ($p=0,012$) auf. Eine Unterstützung der Entscheidung zum Abbruch im Vorfeld durch den Partner war nicht signifikant mit besseren Ausgangswerten für Angst ($p=0,442$) oder Depression ($p=0,111$) assoziiert. Auch die vier Wochen nach dem Eingriff geäußerte Zufriedenheit mit der Unterstützung durch den Partner hatte keinen signifikanten Einfluss auf die erhobenen Werte von Angst ($p=0,482$) oder Depression ($p=0,792$). Auch eine nicht erfolgte Begleitung zum Schwangerschaftsabbruch durch Partner oder nahestehende Personen war nicht mit höheren Werten für Angst ($p=0,973$) oder Depression ($p=0,656$) assoziiert. Fälle von explizit nicht gewünschter Begleitung gingen hier nicht in die Berechnung ein. Allerdings ist eine große Mehrheit aller Teilnehmerinnen der Studie auf Wunsch zum oder beim Abbruch durch nahestehende Personen begleitet worden, so dass auch ohne statistischen Zusammenhang von einem Benefit für die Frauen auszugehen ist. Auch physiologische Parameter konnten in keinen signifikanten Zusammenhang mit

schlechterer emotionaler Verarbeitung nach dem Eingriff gebracht werden. Blutungen, die stärker als erwartet ausfielen, waren nicht mit relevant erhöhter Angst ($p=0,725$) oder Depression ($p=0,699$) nach dem Eingriff assoziiert. Gleiches traf für unerwartet starke Schmerzen zu (Angst: $p=1,000$; Depression $p=0,615$). Auch eine hohe Anzahl von Nebenwirkungen (mehr als drei) erbrachte keinen signifikanten Zusammenhang mit erhöhter Angst ($p=0,734$) oder erhöhter Depression ($p=1,000$) nach dem Eingriff.

3.7.2 Impact of Event Scale (IES)

3.7.2.1 Ausmaß von Intrusion und Vermeidung vier Wochen nach dem Eingriff

Dieser aus der Traumaforschung stammende Fragebogen besteht in der englischen Originalversion aus 15 Items, die den beiden Subskalen Intrusion oder Vermeidung zugeordnet sind. Zum besseren Vergleich mit internationalen Arbeiten sind die validierten deutschen Übersetzungen der Fragen nach Ferring und Fillipp übernommen worden, die Frage 2 der deutschen Version mit ihren insgesamt 16 Items („Ich konnte mich nicht auf andere Dinge konzentrieren, weil mir das Ereignis ständig in den Sinn kam“) ist jedoch in der statistischen Auswertung nicht berücksichtigt worden, weil sie in der international verwendeten Originalfassung von Horowitz et al. [81] nicht vorkommt. Ähnlich wie bei der HADS werden auch hier neben den Mittelwertberechnungen aus den Rohwerten zusätzlich bei jeder Teilnehmerin pro Subskala erreichte Punktwerte der einzelnen Items summiert und einem Niveau zugeordnet. Die IES wird nur im zweiten Teil des Fragebogens vier Wochen nach dem Schwangerschaftsabbruch erhoben, es handelt sich also hier in unserer Arbeit nicht um eine Verlaufskontrolle, sondern eine Beschreibung eines möglichen Ausmaßes von Traumatisierung nach dem Ereignis.

Tabelle 54: Impact of Event Scale - Intrusion vier Wochen nach dem Eingriff (Chi²-Test)

IES Intrusion	Chirurgischer Abbruch (n=68)	Medikamentöser Abbruch (n=141)	Chi ²	p
unauffällig (0 – 8 Punkte)	41 (60,3 %)	101 (71,6 %)	2,707	$p=0,100$
Grenzbereich (9 – 19 Punkte)	13 (19,1 %)	31 (22,0 %)	0,227	$p=0,634$
auffällig (> 20 Punkte)	14 (20,6 %)	9 (6,4 %)	9,452	$p=0,002$
fehlende Angaben	4	6		

Verteilung der Intrusion insgesamt: Chi²=9,459; 2 df; $p=0,009$; Signifikanzniveau

Ein Fünftel der Teilnehmerinnen aus der chirurgischen Gruppe zeigen vier Wochen nach dem Eingriff noch auffällig erhöhte Werte auf der Subskala ‚Intrusion‘. In der medikamentösen Kontrollgruppe war das nur bei 6,4 % der Frauen der Fall. Eine Signifikanzprüfung zwischen den Werten dieses Niveaus ergab $p=0,002$, bei einer Prüfung der Gesamtverteilung bleibt diese Signifikanz mit $p=0,009$ ebenfalls erhalten.

Tabelle 55: Impact of Event Scale - Vermeidung vier Wochen nach dem Eingriff (Chi²-Test)

IES Vermeidung	Chirurgischer Abbruch (n=68)	Medikamentöser Abbruch (n=141)	Chi ²	p
unauffällig (0 – 8 Punkte)	37 (54,4 %)	92 (65,2 %)	2,280	p=0,131
Grenzbereich (9 – 19 Punkte)	16 (23,5 %)	34 (24,1 %)	0,009	p=0,926
auffällig (ab 20 Punkten)	15 (22,1 %)	15 (10,6 %)	4,867	p=0,027
fehlende Angaben	4	6		

Verteilung der Vermeidung insgesamt: Chi²=5,048; 2 df; p=0,080

Auch bei der Untersuchung der Subskala ‚Vermeidung‘ sind mit 22,1 % noch wesentlich mehr Frauen aus der chirurgischen Gruppe vier Wochen nach dem Eingriff auffällig, in der medikamentösen Kontrollgruppe betraf dieses nur 10,6 % der Frauen. Dieser Unterschied erreicht mit p=0,027 Signifikanzniveau. Bei einer Prüfung der Gesamtverteilung verflacht dieser Unterschied (p=0,080) etwas.

Tabelle 56: Impact of Event Scale - Gesamtskala vier Wochen nach dem Eingriff (Chi²-Test)

IES Gesamtpunktzahl beider Subskalen	Chirurgischer Abbruch (n=68)	Medikamentöser Abbruch (n=141)	Chi ²	p
unauffällig (0 – 19 Punkte)	40 (58,8 %)	99 (70,0 %)	2,671	p=0,102
Grenzbereich (20 - 30 Punkte)	15 (22,1 %)	29 (20,6 %)	0,061	p=0,804
auffällig (ab 31 Punkten)	13 (19,1 %)	13 (9,2 %)	4,126	p=0,042
fehlende Angaben	4	6		

Verteilung der Vermeidung insgesamt: Chi²=6,171; 2 df; p=0,104

Vergleicht man die erreichten Gesamtpunktzahlen, bestätigt sich auch hier das Ergebnis aus den beiden Subskalen. Mit 19,1 % erreichen Frauen der chirurgischen Gruppe etwa doppelt so häufig auffällige Werte wie die Frauen in der medikamentösen Kontrollgruppe, wo 9,2 % der Mifepriston-Anwenderinnen erhöhte Werte aufweisen (p=0,042).

3.7.2.2 Intrusion und Vermeidung – Vergleich zwischen den Mittelwerten beider Methoden

Wie bereits bei den Daten zur HADS praktiziert, wird auch hier auf die Berechnung der Mittelwerte aus den Angaben der Teilnehmerinnen einer Gruppe zurückgegriffen. Diese sind die Grundlage für den Vergleich mit den Ergebnissen anderer Studien, welcher im Abschnitt Diskussion besprochen wird.

Tabelle 57: Vergleich der Mittelwerte der erzielten Punkte bei Anwenderinnen der chirurgischen und medikamentösen Methode (T-Test für unabhängige Stichproben)

Mittelwerte IES		Chirurgischer Abbruch (n=69) <u>Mittelwert</u> <i>Standardabweichung</i>	Medikamentöser Abbruch (n=141) <u>Mittelwert</u> <i>Standardabweichung</i>
Intrusion		<u>9,29</u> ⇔ <u>6,71</u> 9,05 6,80	
		p=0,039	
Vermeidung		<u>9,59</u> ⇔ <u>7,56</u> 9,37 7,53	
		p=0,122	
Gesamt		<u>18,88</u> ⇔ <u>14,23</u> 16,04 12,04	
		p=0,036	
fehlende Angaben		4	6

Wurden unter den Anwenderinnen der medikamentösen Methode mit Mifegyne bereits geringere Werte für Angst und Depression ermittelt, so zeigen auch die ermittelten Daten für die Impact of Event Scale einen deutlichen Unterschied für die verschiedenen Methoden des Schwangerschaftsabbruches. Vier Wochen nach dem Eingriff weist die Gruppe des medikamentösen Verfahrens mit M=6,71 einen signifikant geringeren Mittelwert für Intrusion auf als die chirurgische Vergleichsgruppe mit M=9,29 (p=0,039). Für das Ausmaß der Vermeidung wurde kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen ermittelt, doch auch hier sind die Mifepriston-Anwenderinnen deutlich weniger betroffen (M=7,56 versus M=9,59). Auch der Vergleich der Gesamtpunktzahlen, zusammengefasst aus beiden Subskalen, erbringt für die Gruppe des medikamentösen Schwangerschaftsabbruches einen signifikant geringeren Mittelwert von M=14,23 im Vergleich zu M=18,88 in der chirurgischen Vergleichsgruppe (p=0,036). Zusammenfassend sprechen auch die Zahlen der IES für eine sehr gute emotionale Verarbeitung des Eingriffs in beiden Gruppen, die Teilnehmerinnen der medikamentösen Gruppe schneiden jedoch auch hier durchweg besser ab.

3.7.2.3 Zusammenhang von Sichtung des Schwangerschaftsgewebes und erhöhten Werten für Intrusion

Bei Slade [75] wurden erhöhte Werte für Intrusion als Ausdruck auftretender Alpträume oder ungewollter Erinnerung bei Frauen beschrieben, die nach Schwangerschaftsabbruch mittels Vakuumaspiration und besonders beim Abbruch mit Mifepriston den Embryo gesehen hatten und dieses als negative Erfahrung beschrieben. Von insgesamt 109 Frauen, die das Schwangerschaftsgewebe gesehen und den Embryo identifiziert haben, beschrieben 22 Frauen dieses als eine negative und belastende Erfahrung. Ein statistischer Zusammenhang

zwischen einer im Nachhinein als belastend empfundenen Sichtung des Gewebes und erhöhter Intrusionswerte ist in dieser Arbeit nicht gefunden worden ($p=0,805$). Auch bei einer Ladung mit nur jenen Items der IES-Skala (Nr. 5; 7; 11), die explizit nach Träumen, Einschlafstörungen und ungewollter Visualisierung des Ereignisses Schwangerschaftsabbruch fragen, konnte dieser Zusammenhang nicht gefunden werden.

3.7.3 Einschätzung der Belastungsphasen

Die Teilnehmerinnen wurden gebeten, den Zeitrahmen auszuwählen, welcher für sie am schwersten zu bewältigen war. Einige konnten dieses nicht so klar für sich abgrenzen und gaben mehrere Belastungsphasen an.

Tabelle 58: Phasen stärkster Belastung bei chirurgischer Methode

	Chirurgischer Abbruch (n=70)
die Zeit vor dem Eingriff	50 (71,4 %)
der Eingriff selbst	4 (5,7 %)
die Zeit nach dem Eingriff	5 (7,1 %)
keine Phase dominierte	11 (15,7 %)
fehlende Angaben	2

Bei mehr als 70 % der Anwenderinnen der chirurgischen Methode dominiert ganz eindeutig die Zeit vor dem Eingriff als die Phase stärkster psychischer Belastung.

Tabelle 59: Phasen stärkster Belastung bei medikamentöser Methode

	Medikamentöser Abbruch (n=140)
die Zeit vor der Tabletteneinnahme	49 (35,0 %)
die 48h zwischen Mifepriston und Prostaglandin	13 (9,3 %)
die Austreibungsphase nach Prostaglandin	33 (23,6 %)
die Zeit danach	10 (7,1 %)
keine Phase dominierte	35 (25,0 %)
fehlende Angaben	7

Bei den Anwenderinnen der medikamentösen Methode sind die Belastungsphasen weitaus weniger eindeutig verteilt. Ein Drittel der Frauen beschreibt ebenfalls die Zeit vor dem Eingriff als die schwierigste, ein Viertel empfindet die Austreibungsphase als den belastendsten Zeitabschnitt. Für ein Drittel der Frauen kann kein eindeutiger Zeitrahmen abgegrenzt werden.

3.7.4 Gesamteinschätzung des Lebensereignisses Schwangerschaftsabbruch

Im zweiten Teil des Fragebogens vier Wochen nach dem Eingriff wurden die Teilnehmerinnen der Studie gebeten, ihre Erfahrungen der letzten Wochen genauer einzuschätzen. Es wurden einige Vorgaben angeboten, aus denen die Frauen wählen konnten. Auch Mehrfachnennungen waren dabei möglich. Inwieweit die Einschätzung einer überwiegend positiven Erfahrung des Lebensereignisses Schwangerschaftsabbruch Ausdruck auch eines Abwehrmechanismus sein kann, soll hier nicht hinterfragt werden.

Tabelle 60: Zusammenfassender Rückblick auf die letzten Wochen (Chi²-Test)

<u>Alles in allem war es eher eine ...</u>	Chirurgischer Abbruch (n=70)	Medikamentöser Abbruch (n=145)	Chi ²	p
positive Erfahrung	35 (50,0 %)	72 (49,7 %)	0,002	p=0,962
negative Erfahrung	13 (18,6 %)	33 (22,8 %)	0,492	p=0,483
sowohl als auch	3 (4,3 %)	9 (6,2 %)	0,331	p=0,565
weder noch	19 (27,1 %)	31 (21,4 %)	0,879	p=0,349
fehlende Angaben	2	2		

Rückblick insgesamt: Chi²=1,375; 3 df; p=0,712

Übereinstimmend geben die Hälfte der Teilnehmerinnen in beiden Gruppen an, den Schwangerschaftsabbruch insgesamt als eine eher positive Erfahrung erlebt zu haben. Ebenfalls sehr ähnlich gibt jeweils etwa ein Fünftel an, den Abbruch insgesamt als ein eher negatives Lebensereignis in Erinnerung zu behalten. Ein Viertel ist in beiden Gruppen eher unentschlossen, wie das Erlebte zu bewerten ist. Zwischen den Anwenderinnen beider Methoden gibt es trotz unterschiedlich starker Involvierung in den Prozess keinen Unterschied in der Gesamteinschätzung des Lebensereignisses. Frauen, die eine ausschließlich oder teilweise positive Einschätzung trafen, entschieden sich für folgende Begründungen. Auch hier waren Mehrfachnennungen möglich.

Tabelle 61: Gründe für positive Einschätzung(Chi²-Test)

	Chirurgischer Abbruch (n=70)	Medikamentöser Abbruch (n=145)	Chi ²	p
Positive Einschätzung gesamt	38 (54,3 %)	81 (55,9 %)	0,047	p=0,828
Es war eine wichtige Erfahrung.	18 (25,7 %)	40 (27,6 %)	0,084	p=0,772
Ich fühle mich persönlich gereift.	13 (18,6 %)	25 (17,2 %)	0,057	p=0,811
Es hat mir gezeigt, dass ich mit Krisensituationen fertig werden kann.	16 (22,9 %)	38 (26,2 %)	0,282	p=0,596
Ich habe Verantwortung für eigenes Handeln übernehmen müssen.	29 (41,4 %)	47 (32,4 %)	1,679	p=0,195
Es hat meine Beziehung gefestigt.	17 (24,3 %)	23 (15,9 %)	2,212	p=0,137
Ich fühle mich erleichtert.	27 (38,6 %)	66 (45,5 %)	0,928	p=0,335
Ich hatte es mit schlimmer vorgestellt.	24 (34,3 %)	48 (33,1 %)	0,030	p=0,863
andere Gründe...	6 (8,6 %)	15 (10,3 %)	0,168	p=0,681
fehlende Angaben	2	2		

Anwenderinnen beider Methoden machen sehr ähnliche Angaben, es gab keine signifikanten Unterschiede. Die häufigste Begründung für eine positive Gesamteinschätzung war die verspürte Erleichterung nach dem gelösten Schwangerschaftskonflikt bei rund 40 % der Frauen beider Gruppen. Ein weiterer oft angeführter Grund war die Übernahme von Verantwortung für eigenes Handeln bei einem guten Drittel der Frauen sowie die positive Erfahrung von einem Viertel der Teilnehmerinnen, Krisensituationen meistern zu können. Ein Drittel war froh darüber, dass sich schlimmere Befürchtungen nicht bestätigt hätten. Über eine gefestigte Paarbeziehung berichten in der chirurgischen Gruppe etwa ein Viertel der Frauen, etwas mehr als in der Vergleichsgruppe mit einem Sechstel der Frauen. Für ein Viertel aller Teilnehmerinnen war der Schwangerschaftsabbruch eine wichtige Erfahrung und eine Etappe innerer Reifung. Für eine negative Gesamteinschätzung des Erlebnisses wurden folgende Gründe angegeben:

Tabelle 62: Gründe für negative Einschätzung (Chi²-Test)

	Chirurgischer Abbruch (n=70)	Medikamentöser Abbruch (n=145)	Chi ²	p
Negative Einschätzung gesamt	16 (22,9 %)	42 (29,0 %)	0,894	p=0,413
Es war eine sehr traurige Angelegenheit.	25* (35,7 %)	41* (28,3 %)	1,228	p=0,274
Ich leide unter Verlust- und Schuldgefühlen.	13 (18,6 %)	18 (12,4 %)	1,451	p=0,300
Ich mache mir Sorgen, dass zukünftige Schwangerschaften gefährdet sein könnten.	12 (17,1 %)	9 (6,2 %)	6,406	p=0,015
Ich mache mir nun Sorgen über meine künftige Gesundheit.	4 (5,7 %)	7 (4,9 %)	0,070	p=1,000
Es hat meine Beziehung beeinträchtigt.	6 (8,6 %)	12 (8,3 %)	0,005	p=1,000
Es war mit großen Schmerzen verbunden.	3 (4,3 %)	18 (12,4 %)	3,539	p=0,084
Es war viel schlimmer, als ich es mir vorgestellt hatte.	0	10 (6,9 %)	5,063	p=0,033
andere Gründe...	6 (8,6 %)	14 (9,7 %)	0,066	p=0,812
fehlende Angaben	2	2		

* Diese Begründung wird zum Teil auch von Frauen gekreuzt, die ihre Erfahrung insgesamt nicht als negativ bewerteten.

Etwa ein Viertel aller Teilnehmerinnen schätzten ihr Erlebnis eines Schwangerschaftsabbruches als ein überwiegend negatives ein. Bei den Begründungen hierfür gab es zwischen den Anwenderinnen beider Methoden unterschiedliche Prioritäten. Bei jeweils fast einem Drittel dominierte das Gefühl, dass es sich um ein sehr trauriges Ereignis handelte. Signifikant häufiger sorgten sich die Anwenderinnen der chirurgischen Methode um eine mögliche Gefährdung zukünftiger Schwangerschaften. Auch sind in dieser Gruppe die Verlust- und Schuldgefühle etwas häufiger angeführt, was ein weiteres Indiz für die insgesamt spätere Verarbeitung des Erlebnisses bei diesen Frauen sein könnte. Von den Frauen mit medikamentöser Methode wurden signifikant häufiger die starken Schmerzen beklagt, auch deutlich negativere Erfahrungen als erwartet waren hier häufiger zu verzeichnen. Selten wird auch ein negativer Einfluss auf die Paarbeziehung angegeben.

3.8 Kommentare zu den angewandten Methoden

Die Kommentare wurden nur von etwa zwei Dritteln aller Teilnehmerinnen ausgefüllt. Deshalb wird im Folgenden auf eine Signifikanzprüfung verzichtet, sondern lediglich eine Häufigkeitsverteilung angegeben. Die Methode als sicher bewerten 54 von 54 Anwenderinnen der chirurgischen Methode (100 %) und 110 von 118 Anwenderinnen der medikamentösen Methode (93,2 %). Für eine stressige Methode halten sie 3 von 30 Nutzerinnen der

chirurgischen Methode (10,0 %) und 39 von 94 Mifepriston-Anwenderinnen (41,5 %). Als zu zeitaufwendig wird die jeweilige Methode von 3 von 31 Frauen (9,7 %) der chirurgischen Gruppe und von 27 von 97 Frauen der medikamentösen Gruppe (27,8 %) eingeschätzt. Eine zu aktive Beteiligung beklagen 5 von 32 Teilnehmerinnen (15,6 %) in der chirurgischen Gruppe und 24 von 96 (25,0 %) in der medikamentösen Gruppe. Unter den Anwenderinnen der instrumentellen Methode sind alle 64 beantwortenden Frauen insgesamt zufrieden, 55 von 56 (98,2 %) würden diese Methode weiterempfehlen. In der medikamentösen Vergleichsgruppe sind 121 von 131 insgesamt zufrieden (92,4 %), weiterempfehlen würden sie 116 von 130 Mifepriston-Anwenderinnen (89,2 %).

3.9 Zukünftige Methodenpräferenz

Abschließend wurden die Teilnehmerinnen gebeten, eine Aussage über die Methodenpräferenz in der hypothetischen Situation eines erneuten Schwangerschaftsabbruches zu machen.

Tabelle 63: Methodenpräferenz bei zukünftigem Schwangerschaftsabbruch (Chi²-Test)

	Chirurgischer Abbruch (n=70)	Medikamentöser Abbruch (n=147)	Chi ²	p
gleiche Methode	44 (62,9 %)	118 (80,3 %)	7,601	p=0,006
die jeweils andere Methode	8 (11,4 %)	12 (8,2 %)	0,604	p=0,437
unentschlossen	18 (25,7 %)	17 (11,6 %)	7,018	p=0,008
fehlende Angaben	2	0		

Zukünftige Methodenpräferenz insgesamt: Chi²=8,368; 2 df; p=0,015; Signifikanzniveau

Der Vergleich der Aussagen in beiden Gruppen zur hypothetischen Frage nach der Methodenauswahl bei einem zukünftigen Abbruch überrascht angesichts der oben erwähnten, für die chirurgische Methode etwas günstiger ausfallenden Kommentare zu Sicherheit, Zufriedenheit und Empfehlung. Signifikant häufiger gaben die Anwenderinnen der medikamentösen Methode mit über 80 % an, auch in Zukunft diese Methode wählen zu wollen. Unter den Anwenderinnen der chirurgischen Methode würden sich etwas mehr als 60 % wieder für ein instrumentelles Verfahren entscheiden. Auch sind in der letzteren Gruppe eine signifikant höhere Anzahl von Frauen unentschlossen bezüglich einer zukünftigen Methodenauswahl (25,7 % versus 11,6 %). Für einen Wechsel der Methoden würde sich in beiden Gruppen etwa jede zehnte Frau entscheiden. Schließt man jedoch diejenigen Frauen mit chirurgischer Methode aus der Berechnung aus, welche im Vorfeld geäußert hatten, dass sie bei niedrigerem Schwangerschaftsalter eine Behandlung mit Mifepriston bevorzugt hätten, verschwinden diese Unterschiede:

Tabelle 64: Methodenpräferenz bei zukünftigem Schwangerschaftsabbruch nur unter Einschluss der im Vorfeld ausdrücklich auf die chirurgische Methode festgelegten Frauen (Chi²-Test)

	Chirurgischer Abbruch (n=52)	Medikamentöser Abbruch (n=147)	Chi ²	p
gleiche Methode	40 (76,9 %)	118 (80,3 %)	0,263	p=0,608
die jeweils andere Methode	2 (3,8 %)	12 (8,2 %)	1,095	p=0,295
unentschlossen	10 (19,2 %)	17 (11,6 %)	1,925	p=0,165
fehlende Angaben	20	0		

Zukünftige Methodenpräferenz insgesamt: Chi²=2,736; 2 df; p=0,255

Weiterhin wurde eine separate Analyse in der medikamentösen Gruppe angeschlossen. Verglichen werden sollten einerseits Frauen, die erstmals einen Abbruch durchführten, und andererseits Frauen, die nach einem früheren chirurgischen Abbruch nun beide Verfahren kennen.

Tabelle 65: Zukünftige Methodenpräferenz in der medikamentösen Gruppe bei Frauen mit und ohne Abruptio-Vorerfahrung (Chi²-Test)

	Frauen ohne Vorerfahrung (n=102)	Frauen mit Vorerfahrung (n= 43)	Chi ²	p
gleiche Methode	81 (79,4 %)	36 (83,7 %)	0,360	p=0,649
die jeweils andere Methode	7 (6,9 %)	4 (9,3 %)	0,257	p=0,732
unentschlossen	14 (13,7 %)	3 (7,0 %)	1,331	p=0,280
fehlende Angaben	2			

Zukünftige Methodenpräferenz insgesamt: Chi²=1,482; 2 df; p=0,475

Frauen mit der Vorerfahrung eines chirurgischen Abbruches und nach jetziger Anwendung von Mifepriston würden sich in einer hypothetischen Zukunftssituation etwas häufiger wieder für das medikamentöse Verfahren entscheiden als diejenigen ohne Vorerfahrungen mit der chirurgischen Methode. Sie sind auch weniger häufig unentschlossen. Dieser Trend erreicht jedoch kein Signifikanzniveau.

3.10 Zufriedenheit mit der Betreuung

Alle Teilnehmerinnen wurden gebeten, ihre Zufriedenheit mit der erfahrenen Betreuung auf einer Visuellen Analog-Skala von 0 (ich war gar nicht zufrieden) bis 10 (ich war sehr zufrieden) anzugeben.

Tabelle 66: Zufriedenheit mit der Betreuung bei den Anwenderinnen beider Methoden (T-Test für unabhängige Stichproben, Mann-Whitney-U-Test)

	Chirurgischer Abbruch (n=71)		Medikamentöser Abbruch (n=147)		p aus Mann-Whitney-U
	<u>Mittelwert</u> Median, <i>Standardabweichung</i>	mittlerer Rang (Mann-Whitney-U)	<u>Mittelwert</u> Median, <i>Standardabweichung</i>	mittlerer Rang (Mann-Whitney-U)	
Zufriedenheit auf Visueller Analog-Skala (0 –10)	<u>9,549</u> 9,800 0,829	128,04	<u>8,640</u> 9,500 2,074	100,55	p=0,002
fehlende Angaben	1		0		

Der errechnete Mittelwert aus den Angaben ist in beiden Gruppen sehr hoch und verdeutlicht die hohe Zufriedenheit der Frauen mit der erfahrenen Betreuung. Allerdings wird diese von den Anwenderinnen der chirurgischen Methode signifikant besser beurteilt. Im Folgenden werden die angegebenen Zufriedenheitswerte noch einmal für die verschiedenen Zentren aufgeschlüsselt.

Tabelle 67: Vergleich der Angaben zur Zufriedenheit mit der Betreuung bei den Anwenderinnen beider Methoden in den einzelnen Institutionen (T-Test für unabhängige Stichproben)

Gemittelte Werte der Angaben auf den Visuellen Analog-Skalen (0 –10)	Chirurgischer Abbruch (n=71)		Medikamentöser Abbruch (n=147)	
	<u>Mittelwert</u> Median	<i>Standardabweichung</i>	<u>Mittelwert</u> Median	<i>Standardabweichung</i>
Balance	<u>9,707</u> 9,900	0,461 n=43	<u>8,960</u> 9,700	1,751 n=75
Halder			<u>7,310</u> 8,400	2,584 n=21
Hamann	<u>9,367</u> 9,700	0,461 n=21	<u>8,948</u> 9,800	2,045 n=33
Pett			<u>6,660</u> 6,400	1,734 n= 5
Schoettler	<u>9,129</u> 9,700	1,055 n= 7	<u>8,923</u> 9,800	2,109 n=13
Gesamtdurchschnittswert der Zufriedenheit	<u>9,549</u> 9,800	0,829 n=71	<u>8,640</u> 9,500	2,074 n=147
fehlende Angaben	1		0	

Die Zufriedenheit mit der chirurgischen Methode ist in allen Zentren etwas höher als für die medikamentöse Vergleichsgruppe. Ein überwiegend sehr hoher Betreuungsstandard wird von den Frauen auch entsprechend gewürdigt. Neben den Mittelwertberechnungen folgt zur Verdeutlichung nochmals eine Aufschlüsselung der Angaben. Diese belegt die hohe Zufriedenheit einer großen Mehrheit der Frauen, gar nicht oder wenig zufrieden waren die Teilnehmerinnen hingegen nur vereinzelt.

Tabelle 68: Aufschlüsselung der Zufriedenheit aus VAS- Angaben (Chi²-Test)

VAS (0=gar nicht zufrieden, 10= sehr zufrieden)	Chirurgischer Abbruch (n=69)	Medikamentöser Abbruch (n=144)
0,0 – 0,9	0	2 (1,4 %)
1,0 – 1,9	0	1 (0,7 %)
2,0 – 2,9	0	2 (1,4 %)
3,0 – 3,9	0	2 (1,4 %)
4,0 – 4,9	1 (1,4 %)	5 (3,4 %)
5,0 – 5,9	0	5 (3,4 %)
6,0 – 6,9	0	6 (4,1 %)
7,0 – 7,9	2 (2,8 %)	7 (4,8 %)
8,0 – 8,9	7 (9,9 %)	18 (12,2 %)
9,0 – 9,9	29 (40,8 %)	48 (32,7 %)
10,0	32 (45,1 %)	51 (34,7 %)
fehlende Angaben	1	0

Chi²=12,325; 10 df; p=0,258

Bei einer genaueren Aufschlüsselung wird eine größere Spannbreite der Angaben bei den Anwenderinnen der medikamentösen Methode deutlich, die chirurgische Gruppe antwortet weitaus homogener. Ein signifikanter Unterschied in der Zufriedenheit, wie er oben aus den Rangermittlungen hervorgeht, ist hier nicht mehr gegeben.

3.11 Selbsteinschätzung einer gelungenen Rückkehr in den Lebensalltag vier Wochen nach dem Eingriff

Der folgende Fragenkomplex wurde ursprünglich in Zusammenarbeit mit dem Team des Familienplanungszentrums Balance entworfen. Er ist in Layout und Skalierung der Impact of Event Scale nachempfunden und sollte dieser vorangestellt abgefragt werden, um den Frauen den Einstieg zu den zum Teil sehr pathologisierend anmutenden Fragestellungen des IES-Trauma-Fragebogens durch positiver formulierte Fragen vorher etwas zu erleichtern. So gibt es auch keinen Cut-Off-Wert oder Zuordnungen zu verschiedenen Auffälligkeitsniveaus, sondern lediglich einen Vergleich der Antworten von Anwenderinnen der unterschiedlichen Methoden. (In der folgenden Übersicht wird eine Auswahl derjenigen Fragen dargestellt, bei denen ein Unterschied zwischen den Gruppen deutlich wird oder die einen neuen Aspekt der Arbeit verdeutlichen.) Es sollte bei diesem Fragenkomplex eine geglückte Rückkehr in den Lebensalltag vier Wochen nach dem Schwangerschaftsabbruch näher beleuchtet werden.

Tabelle 69: Rückkehr in den Lebensalltag vier Wochen nach dem Eingriff (Chi²)

Chirurgischer Schwangerschaftsabbruch (n=65)				<u>In der letzten Woche</u>	Medikamentöser Schwangerschaftsabbruch (n=139)			
29 44,6 %	6 9,2 %	17 16,2 %	13 20,0 %	Es kam mir so vor, als ob ich noch mal eine Chance bekommen hätte, ganz neu anzufangen.	39 28,1 %	21 15,1 %	38 27,3 %	41 29,5 %
					Chi ² =6,330 3df p=0,098			
10 15,2 %	7 10,6 %	21 31,8 %	28 42,4 %	Alles kam mir schon sehr weit weg vor.	16 11,7 %	16 11,7 %	35 25,5 %	70 51,1 %
					Chi ² =2,446 3df p=0,706			
4 6,2 %	9 13,8 %	19 29,2 %	33 50,8 %	Ich dachte, dass ich den Anforderungen der nächsten Zeit gut gewachsen sein werde.	3 2,3 %	13 9,8 %	45 33,8 %	72 54,1 %
					Chi ² =2,908 3df p=0,404			
17 25,8 %	9 13,6 %	20 30,3 %	20 30,3 %	Ich glaube, dass ich mit dem Ereignis schon abgeschlossen habe.	20 14,4 %	16 11,5 %	34 24,5 %	69 49,6 %
					Chi ² =7,805 3df p=0,051			
1 1,5 %	5 7,7 %	8 12,3 %	51 78,5 %	Ich war sicher, die richtige Entscheidung getroffen zu haben.	3 2,1 %	0	13 9,3 %	124 88,6 %
					Chi ² =11,780 3df p=0,007			
nicht	überhaupt	selten	manchmal		nicht	überhaupt	selten	manchmal
			oft					oft

Dieser Fragekomplex gibt noch einmal Hinweise darauf, dass die Anwenderinnen der medikamentösen Methode den Schwangerschaftsabbruch vier Wochen nach dem Eingriff häufiger schon als ein abgeschlossenes Lebensereignis betrachten und die Phase der intensiven Auseinandersetzung mit den Konsequenzen der Entscheidung bereits stattgefunden hat. Die erste Frage, die sich auf die erlebte Chance eines neuen Anfangs bezieht, beantworten mehr als die Hälfte der Mifepriston-Anwenderinnen überwiegend positiv, wo hingegen unter den Frauen nach chirurgischer Methode dies nur ein gutes Drittel angeben. Ein signifikanter Unterschied wird allerdings knapp verfehlt, der Trend ist jedoch sehr deutlich. Bei der zweiten Frage nach der Präsenz des Ereignisses geben jeweils fast drei Viertel der Frauen an, dass sie das Ereignis schon als weit zurückliegend empfinden. Auch hier fallen die Antworten der Mifepriston-Anwenderinnen etwas positiver aus als in der chirurgischen Kontrollgruppe. Die überwiegende Anzahl der Teilnehmerinnen beider Gruppen fühlt sich den Anforderungen der nächsten Zeit gut gewachsen. Eindeutig positiver beantworten die Anwenderinnen der medikamentösen Methode die Frage nach dem erfolgten emotionalen Abschluss mit dem Ereignis. Ein Viertel der Frauen nach chirurgischer Methode gibt an, mit dem

Schwangerschaftsabbruch überhaupt noch nicht abgeschlossen zu haben, unter den Mifepriston-Anwenderinnen sind weniger als ein Sechstel dieser Auffassung. Auch die Frage nach der Sicherheit im Nachhinein, mit der Beendigung der Schwangerschaft die richtige Entscheidung getroffen zu haben, beantworten mit insgesamt 97,9 % der Mifepriston-Anwenderinnen signifikant mehr Frauen positiv als in der chirurgischen Vergleichsgruppe (90,8 %).

4 Diskussion

Im Folgenden sollen die Ergebnisse gewertet und mit denen anderer internationaler Studien verglichen werden.

4.1 Demographische Parameter

Die Auswertung der erhobenen demographischen Parameter kann in der Aussage zusammengefasst werden, dass sich Fall- und Kontrollkollektiv in keinem der geprüften Komplexe signifikant voneinander unterscheiden. Das Durchschnittsalter von etwa 30 Jahren bei den Anwenderinnen beider Methoden liegt etwas höher als der Bundesdurchschnitt aller Frauen mit Schwangerschaftsabbruch.[8] Mehr als die Hälfte der Frauen sind zwischen 26–35 Jahre alt. Etwa 45 % der Teilnehmerinnen haben bereits Kinder geboren. Für gut ein Viertel ist es nicht die erste Erfahrung eines Schwangerschaftsabbruches, etwas häufiger unter den Frauen mit medikamentösem Abbruch. Über die Hälfte der Frauen leben in fester Partnerschaft oder sind verheiratet, der Anteil der alleinstehenden Frauen ist in der chirurgischen Gruppe etwas höher als unter den Mifepriston-Anwenderinnen. Auch die Übereinstimmungen im Bildungsniveau sind überzeugend, eine in anderen Arbeiten [68] [69] festgestellte bessere Ausbildung bei den Frauen mit medikamentöser Methode lässt sich hier keinesfalls nachvollziehen. Im Gegenteil, die Teilnehmerinnen mit chirurgischer Methode haben geringfügig mehr höhere Bildungsabschlüsse wie ein Abitur oder einen Fach- und Hochschulabschluss vorzuweisen. Auch bei den derzeit ausgeübten Tätigkeiten fällt kein Unterschied in Bezug auf unterschiedliche soziale Klassen auf. Die hohe Anzahl der konfessionslosen Frauen von mehr als der Hälfte in beiden Gruppen ist sicherlich ein Phänomen, dass mit dem großstädtischen Lebensumfeld zusammenhängt. Zusammengefasst lässt sich die populäre Vermutung, dass es sich bei den Mifepriston-Anwenderinnen um besser ausgebildete, alleinstehende Frauen mit höherem sozialen Status handeln würde, in dieser Arbeit nicht bestätigen.

4.1.1 Demographische Angaben der Studienabbrecherinnen

Von den ursprünglich 288 Teilnehmerinnen gab es 69 Frauen (24,0 %), von denen der zweite Teil der Befragung vier Wochen nach dem Abbruch nicht mehr ausgefüllt wurde. Um eine Verfälschung der Resultate und Schlussfolgerungen dieser Studie durch abweichende Ergebnisse dieser Frauen auszuschließen, wurden die vorliegenden demographischen Angaben beider Kollektive der Studienteilnehmerinnen und Studienabbrecherinnen verglichen. 47 (68,2 %) dieser Frauen wählten einen medikamentösen

Schwangerschaftsabbruch, 22 weitere (31,8 %) entschieden sich für eine chirurgische Methode. Diese Verteilung ähnelt dem Anteil der verwendeten Methoden bei den Studienteilnehmerinnen (67,1 % versus 32,9 %). Bis auf ein um durchschnittlich zwei Jahre niedrigeres Lebensalter, einen etwas erhöhten Ausländeranteil und einen geringfügig niedrigeren Ausbildungsstand der Studienabbrecherinnen gibt es keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Kollektiven. Beim Vergleich der Angaben zur reproduktiven Anamnese fällt eine leicht erhöhte Rate an Geburten, Aborten und Abruptiones unter den Studienabbrecherinnen auf. Bei Slade et al. [75] (1998) wird ebenfalls eine Rücklaufquote von 76 % erreicht, dort sind unter den Studienabbrecherinnen signifikant niedrigere Bildungsabschlüsse auffällig, sonst gibt es ebenfalls keine weiteren demographischen Unterschiede. Bei Henshaw et al. [73] wird eine Rücklaufquote von 96 % erwähnt. Dort ist die zentralisierte Nachsorgeuntersuchung mit der Beantwortung des zweiten Fragebogens kombiniert worden, was die außerordentlich niedrige Zahl an Studienabbrecherinnen erklärt.

4.2 Entscheidungsfindung

Erste Unterschiede zwischen den Anwenderinnen beider Methoden werden bei der Auswertung der Daten zur Entscheidungsfindung deutlich. Bei der eigenen Einschätzung der Klarheit in der Entscheidung für den Abbruch fällt auf, dass in der Gruppe der die chirurgische Methode bevorzugenden Frauen signifikant häufiger eine Ambivalenz in der Entscheidungsfindung anklingt. Nur 56,3 % der Frauen dieser Gruppe geben an, dass von Anfang an eine klare Entscheidung zum Abbruch bestanden hätte. Die Anwenderinnen der medikamentösen Methode sind hingegen in über 70 % der Fälle von Beginn an zum Schwangerschaftsabbruch entschlossen. Das mag überraschen, spiegelt vielleicht aber lediglich das Ausmaß der öffentlichen Debatte in Deutschland über die Folgen des medikamentösen Abbruchs wieder. Nur diejenigen Frauen, die sich eine solche Art der Behandlung „zutrauen“ und schnell genug nach einer früh und klar gefällten Entscheidung eine der wenigen Institutionen finden, die den medikamentösen Abbruch bereits anbieten, werden letztendlich die Ausschlussfrist von 49 Tagen post menstruationem einhalten können. In einer Studie aus der Anfangszeit der schwedischen Erfahrungen mit Mifepriston (1992) von Holmgren et al. [71] geben etwa 70 % der Teilnehmerinnen sowohl vor chirurgischem Eingriff als auch vor medikamentösem Abbruch mit Mifepriston an, eine Entscheidung zum Abbruch schon vor dem positiven Schwangerschaftstest getroffen zu haben. Törnborn et al. [87] (1999) finden in ihrem Studienkollektiv, dass etwa 59 % von den zum Schwangerschaftsabbruch entschlossenen Frauen diese Entscheidung sofort ohne Bedenkzeit

getroffen hatten. Die Frage nach den Personen, die in die Entscheidungsfindung eingebunden werden, ergibt kaum Unterschiede zwischen den Anwenderinnen beider Methoden. Etwa die Hälfte der Frauen haben die Entscheidung im Wesentlichen allein getroffen. Zwei Drittel haben den Partner hinzugezogen, jedoch nur im Falle einer Ehe oder eines bestehenden eheähnlichen Verhältnisses. Von den alleinstehenden Frauen geben mehr als die Hälfte an, den Kindsvater nicht maßgeblich in die Entscheidungsfindung einbezogen zu haben. Bei den Mifepriston-Anwenderinnen trifft dieses sogar bei mehr als 60 % der Fälle zu und weist auf das hohe Autonomiebedürfnis gerade dieser Frauen hin. Familienmitglieder (oft die Schwestern oder Mütter) oder enge Freunde waren bei einem Drittel der Fälle involviert. Signifikant häufiger machen die Frauen in der chirurgischen Gruppe von dem Angebot professioneller Beratungseinrichtungen Gebrauch. Auch das illustriert die bereits beschriebene häufiger aufgetretene Unsicherheit in der Entscheidungsfindung unter den Teilnehmerinnen dieser Gruppe. Die genannten Gründe für einen Schwangerschaftsabbruch ähneln sich. An erster Stelle stehen unter den Mifepriston-Anwenderinnen die beruflichen Anforderungen bei fast der Hälfte der Frauen, auch die Teilnehmerinnen der chirurgischen Gruppe nennen diesen Grund in 40 % der Fälle. Befürchtete finanzielle Engpässe sind für die Frauen mit chirurgischer Methode der Hauptgrund, etwa 50 % der Teilnehmerinnen dieser Gruppe benennen diesen Punkt. Mit 37 % tun dies deutlich weniger der Mifepriston-Anwenderinnen, ein Signifikanzniveau wird jedoch knapp verfehlt ($p=0,062$). Alle anderen Begründungen wie Beziehungsprobleme, Ausbildung oder Alter spielen eine untergeordnete Rolle. Törnbom et al. [88] (1994) finden in einer Arbeit zum Thema andere Prioritäten. Dort wird am häufigsten eine gestörte Paarbeziehung in 53 % der Fälle als Begründung für den Schwangerschaftsabbruch angeführt. Die Teilnehmerinnen jener Studie waren jedoch auch deutlich seltener verheiratet oder in einer festen Beziehung (nur zu etwa 40 %). Berufliche Gründe beeinflussen hier bei 30 % der Frauen die Entscheidung. Finanzielle Erwägungen spielen in dieser schwedischen Studie nur bei etwa 12 % der Frauen eine Rolle. In unserer Arbeit wird eine abgeschlossene Familienplanung oder ein nicht vorhandener Kinderwunsch von insgesamt etwa 30 % der Frauen erwähnt. Von den noch kinderlosen Frauen haben jedoch nur weniger als ein Fünftel diesen Punkt benannt. Bei Törnbom et al. [87] (1999) planen ebenfalls deutlich über 70 % der Frauen eine spätere Schwangerschaft, leider wird dort nicht zwischen noch kinderlosen Teilnehmerinnen und Müttern differenziert. Schwangerschaftsabbruch ist also nicht per se die Entscheidung gegen eine Familie, sondern vielmehr eine Vertagung des Kinderwunsches auf eine Lebensphase, in der sich die Frauen beruflich und finanziell etabliert sehen und eine stabile Paarbeziehung aufgebaut haben. Die

amerikanische Juristin Robin West [89] beschreibt diese Entscheidung von Frauen als „in der Mehrzahl der Fälle aus moralischem Verantwortungsbewusstsein getroffen. Der Entscheidung liegt der verantwortungsvolle und moralische Wunsch zugrunde, sicherzustellen, dass neues Leben nur dann zur Welt gebracht wird, wenn es Aussicht hat, genährt und geliebt zu werden. Frauen benötigen die Freiheit, über ihre Fortpflanzung selbst zu entscheiden, nicht so sehr, um unbehelligt zu bleiben und in Ruhe gelassen zu werden, sondern öfters dafür, um ihre Beziehungen zu anderen zu stärken: um eine Familie gründen zu können, für die sie wirklich sorgen können; um beruflichen Verpflichtungen gerecht zu werden oder um ihre Familien oder andere Gemeinschaften weiterhin unterstützen zu können. In anderen Fällen ist die Entscheidung, abzutreiben, ebenso wenig von Mordlust bestimmt, sondern wird von einem Partner erzwungen, der sich in finanziellen Angelegenheiten unverantwortlich verhält, von einer Gesellschaft, die nicht bereit ist, für Kinder zu sorgen, und von Arbeitsverhältnissen, die es nicht zulassen, Berufstätigkeit und Elternschaft miteinander zu vereinbaren.“

4.3 Methodenauswahl

Die Auswahl der Methode ist zeitlich dem Entschluss zum Abbruch deutlich nachgestellt. Frauen treffen zuerst die Entscheidung gegen eine Schwangerschaft und wählen in einem zweiten Schritt eine Einrichtung und eine Methode aus. Die Befürchtung, eine leicht zugängliche medikamentöse Behandlung, die zudem einen oft angstbesetzten operativen Eingriff vermeidet, könnte Frauen zu einer vorschnellen und unüberlegten Beendigung der Schwangerschaft verleiten, erscheint nicht begründet. Weder bestätigt sie sich durch etwaige ansteigende Abbruchzahlen [77] in Ländern mit langer Mifepriston-Erfahrung wie Schweden, England oder Frankreich, wo die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche nach Einführung von Mifegyne auffällig stabil geblieben sind. Noch kann in Deutschland momentan von unbeschränkter oder gar leichter Zugänglichkeit gesprochen werden. Die genannten Motivationen für die Auswahl einer Methode können statistisch nur eingeschränkt miteinander verglichen werden, weil sie nicht die gleichen sind. Bei der Auswahl von Mifepriston steht für die Frauen vor allem die Vermeidung von Operation und Narkose im Vordergrund, mehr als 80 % benennen diesen Grund. Diese Antwort dominiert auch bei anderen Befragungen zum Thema, in der Arbeit von Henshaw et al. [72] geben 59 % der befragten Mifepriston-Anwenderinnen die Vermeidung der Operation als Hauptmotivation an, bei einer Untersuchung von Slade et al. [75] sind es 61 % der Frauen. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist eine erwartete geringere Belastung für den Körper. Ein Großteil der Frauen

beschreiben im Vorfeld ihre Vorstellung vom medikamentösen Abbruch als einen zwar künstlich eingeleiteten, aber doch einer Fehlgeburt sehr ähnlichen Prozess. Dieses Argument ist für über 70 % der Anwenderinnen ein Entscheidungskriterium. Fast die Hälfte der Mifepriston-Anwenderinnen benennen auch die Sorge um optimale Entwicklungsbedingungen für zukünftige Schwangerschaften als einen Grund, eine Operation zu vermeiden und die Form des medikamentösen Abbruchs zu wählen. Für ein Drittel der Frauen dieser Gruppe war es wichtig, den Prozess bewusst zu erleben und die Entscheidungsgewalt über den eigenen Körper zu behalten. Insgesamt steht bei den Anwenderinnen der medikamentösen Methode im Vordergrund, Invasivität zu vermeiden und Intimsphäre sowie körperliche Unversehrtheit zu bewahren. Bei den Anwenderinnen der instrumentellen Methode dominiert bei den Begründungen zur Methodenauswahl, dass es sich um ein weniger zeitintensives Verfahren (46 %) und eine bewährte Methode (52 %) handelt, mit der die Operateure in der Regel viel Erfahrung haben. Fast alle Frauen, die eine Vollnarkose wählen (25 von 27), tun dieses, um von dem Eingriff so wenig wie möglich miterleben zu müssen. Auch die Angst vor Blutungen, Schmerzen und Komplikationen bei der Anwendung des medikamentösen Verfahrens spielt für ein Drittel der Frauen eine wichtige Rolle. In der englischen Studie von Henshaw et al. [72] (1993) dominieren dieselben Gründe bei den Anwenderinnen der chirurgischen Methode, die dort ausschließlich in Vollnarkose durchgeführt wurde. 39 % der Frauen wollten den Eingriff nicht miterleben müssen, 40 % hielten das medikamentöse Verfahren für zu langwierig und 23 % fürchteten die physiologischen Wirkungen wie Blutung und Schmerzen bei Mifepriston. Auch bei Slade et al. [75] (1998) legten 41 % der Frauen mit Abbruch mittels Vakuumaspiration Wert auf die Schnelligkeit des Verfahrens, 24 % hielten es für weniger traumatisierend als die medikamentöse Methode. Leider ist es in der hier vorliegenden Arbeit versäumt worden, explizit nach der Angst vor psychischen Komplikationen als Folge der Anwendung von Mifegyne® zu fragen. Dass dieses jedoch ein wichtiger Aspekt beim Entscheid gegen Mifepriston und für Vakuumaspiration ist, belegen einige schriftlichen Anmerkungen der Teilnehmerinnen zum Thema Mifepriston. Eine ganze Reihe von Frauen, die sich gegen eine Anwendung von Mifepriston entscheiden, fürchten einerseits die emotionale Belastung bei der Durchführung selbst. „Zwei Nächte lang schwanger und wissen, es bald nicht mehr zu sein, sind mir zu lang ...“ (Nr. 164). „Wer hat denn die Kraft, so einen Abbruch genauestens mitzuerleben !“ (Nr. 161). „Frau trägt totes Gewebe zwei Tage in sich und muss es gebären ...“ (Nr. 141). Andererseits wird jedoch auch eine traumatischere Verarbeitung nach dem Abbruch befürchtet. „Meiner Meinung nach ist die psychische Belastung bei dieser Methode

wesentlich größer, da der gesamte Vorgang bewusster wahrgenommen wird.“ (Nr. 193). Die Auswahl der Methode wird von der Anwenderinnen der medikamentösen Methode mit fast 80 % der Fälle signifikant häufiger allein getroffen. Mifepriston-Anwenderinnen nutzen zur Information und Entscheidung über die neue und wenig etablierte Methode offenbar in stärkerem Maße andere Medien und beziehen das medizinische Personal erst anschließend ein. Mit fast 40 % der Teilnehmerinnen in der chirurgischen Gruppe geben hingegen fast doppelt so viele Frauen wie in der medikamentösen Vergleichsgruppe an, die Entscheidung zusammen mit dem Arzt gefällt zu haben. Auch das illustriert zum einen die Bestimmtheit, die derzeit nötig ist, um einen Wunsch nach medikamentöser Behandlung umzusetzen. Zum anderen ist es aber auch ein Zeichen der Zurückhaltung der behandelnden Ärzte, die eine Anwendung von Mifepriston oft nur in Fällen bestimmt vorgetragener Nachfrage für sinnvoll halten. Dieses ist bei dem derzeitigen Erfahrungsstand des medizinischen Personals mit der neuen Methode auch ganz sicher nicht ehrenrührig. Die Frage nach dem Stellenwert einer Auswahlmöglichkeit zwischen verschiedenen Methoden erbringt das interessante Resultat, dass natürlich die tatsächlichen Nutzerinnen dieser neuen Wahlmöglichkeit in der Gruppe des medikamentösen Abbruchs sie fast ausnahmslos als wichtig und sehr wichtig bewerten. Aber auch unter den Teilnehmerinnen, die mit der Auswahl der konventionellen chirurgischen Methode letztendlich überhaupt keinen Gebrauch von der Neuerung machen, sind in fast 70 % der Fällen von der Wichtigkeit eines Alternativangebotes überzeugt. Diese hohe Bedeutung einer Auswahlmöglichkeit bestätigt sich ebenfalls in der Arbeit von Slade et al. [75] (1998), in der unter den Anwenderinnen beider Verfahren jeweils über 90 % der Frauen ausdrückten, dass ihnen Alternativen wichtig und sehr wichtig sind. Nur sehr wenige der Mifepriston-Anwenderinnen (5 %) schätzen den Zeitraum zwischen Entschluss zum Abbruch und Durchführung des Eingriffs als zu kurz ein, was darauf hindeutet, dass die übergroße Anzahl dieser Frauen mit dem Anwendungszeitrahmen von bis zu 49 Tagen post menstruationem auskommt und sich nicht zu einer frühen Entscheidung gedrängt fühlt. Und da sich die Rate inkompletter Abruptionen bei Anwendung über den 49. Tag hinaus (wie derzeit in England zugelassen) deutlich erhöht, erscheint es auch aus der Sicht der Frauen wenig sinnvoll, auf die Erweiterung des zugelassenen Zeitrahmens zu drängen.

4.4 Verbale Assoziationen zum Schwangerschaftsabbruch

Im Vorfeld des Eingriffs wurden alle Teilnehmerinnen zusätzlich gebeten, in zwei speziellen Feldern des Fragebogens spontane Gedanken und freie Assoziationen zu den beiden Methoden zu formulieren. Wohl wissend, welchen Umfang eine Auswertung qualitativer

Angaben erfordert, die statistisch nur schlecht aufbereitet werden können, war dieses Interaktionsforum ursprünglich konzipiert, um eine stärkere Identifikation der Frauen mit den anderen Fragestellungen zu erreichen. Alte Erfahrungen mit Fragebögen ließen jedoch vermuten, dass nur wenige Frauen auch freie Themenkomplexe beantworten würden. Um so überraschender war die außerordentlich große Resonanz auf gerade diesen Teil der Befragung. Zahlreiche Teilnehmerinnen hatten sich viel Mühe mit der Bearbeitung gemacht, viele Formulierungen beschreiben die seelische Verfassung der Frauen sehr eindrücklich. Alle Gedanken wurden übernommen, sortiert und zu Themenkomplexen zusammengefasst. Diese werden folgend erläutert und mit Originalzitaten untermauert, auf zählende Statistik wird nur am Rande eingegangen. Die Aussagekraft von Worten erscheint in einem Diskussionskapitel angemessener untergebracht als bei der Darstellung der Ergebnisse.

4.4.1 Assoziationen zur chirurgischen Methode

Der am häufigsten genannte Aspekt bei diesem Verfahren ist die Angst vor einer Operation und der Narkose. Mehr als fünfzig Frauen beschreiben diese Angst, zum Teil auch sehr drastisch als „*Ungewissheit darüber, ob man wieder aufwacht*“ (Nr. 12). Auch eine Anzahl von Frauen, die die chirurgische Methode auswählen, beschreiben diese Angst sehr eindrücklich. Die Angst vor Verletzungen, Entzündungen verbalisieren ebenfalls etwa fünfzig Frauen, Angst vor Unfruchtbarkeit beschreiben etwa dreißig Frauen. Überwiegend stammen diese Aussagen von Anwenderinnen der medikamentösen Methode. Diese Teilnehmerinnen assoziieren in über vierzig Fällen den instrumentellen Eingriff ganz klar mit Gewalt und Brutalität. Neben diesen beiden Begriffen, die am häufigsten auftauchen, fallen auch Wörter wie „*Schlachtbank*“ in verschiedensten Variationen, „*Messer im Bauch*“ (Nr. 11), „*Perfektionierung der Häkelnadelmethode*“ (Nr. 154), „*Staubsauger*“ (Nr. 185) und „*Engelmacherin*“ (Nr. 167). Diese zum Teil sehr archaisch anmutenden Formulierungen der Ängste mögen überraschen in einem um Transparenz und Aufklärung bemühten Gesundheitssystem, sind aber offensichtlich durchaus präsent. Fast fünfzig Teilnehmerinnen benennen den Kontrollverlust, der für sie mit dieser Methode verbunden ist. Immer wieder taucht das Wort „*Ausgeliefertsein*“ auf, aber auch „*Hilflosigkeit*“ (Nr. 56), „*Erniedrigung*“ (Nr. 76), „*Demütigung*“ (Nr. 88), „*sich blind ergeben*“ (Nr. 138). Hospitalisierung wird von über zwanzig Frauen mit der Vakuumaspiration assoziiert, „*Massenabfertigung*“ und „*Ärztepfusch*“ werden mehrmals genannt. Missbilligung durch medizinisches Personal ist ebenso gefürchtet („*lustlose Ärzte, lästernde Schwestern*“, Nr. 74) wie das Eingreifen in körperliche Intimität. Das Delegieren der Verantwortung wird von einer Reihe von Mifepriston-Anwenderinnen kritisiert: „*Ich möchte nicht, dass jemand anderes in einer so*

einschneidenden Sache das Handwerkszeug für mich ist“ (Nr. 157). Auf der anderen Seite wird die instrumentelle Methode von vielen Frauen sehr geschätzt. Mehr als dreißig Frauen aus beiden Gruppen benennen den geringeren Zeitaufwand als großen Vorteil. Den Vorgang selbst nicht miterleben zu müssen, spielt für insgesamt 15 Frauen aus beiden Gruppen eine entscheidende Rolle. Eine Reihe von Anwenderinnen der chirurgischen Methode beschreiben den Vorzug mit *„Ich schlafe ein und wenn ich aufwache, ist es in Ordnung“* (Nr. 149). Häufig wird auch das Vertrauen in die behandelnden Ärzte und die Sicherheit der Methode durch langjährige Erfahrung als ein wichtiger Vorteil genannt.

4.4.2 Assoziationen zur medikamentösen Methode

Mehr als siebenzig Teilnehmerinnen umschreiben ihre Vorstellung vom medikamentösen Verfahren mit den Worten *„natürlich“*, *„sanft“*, *„weniger belastend“* oder *„verträglicher“*. Mehr als zehn Frauen bringen diese Form des Abbruchs mit einer *„Fehlgeburt“* in Verbindung. Das geringere Risiko für Verletzungen und Unfruchtbarkeit wird sehr häufig aufgeführt. Die Methode wird oft als *„einfacher“* beschrieben, das Vermeiden von Operation, Narkose und Krankenhaus positiv erwähnt. Auch dass der Eingriff schon sehr früh durchgeführt werden kann, ist für einige Frauen wichtig. Über zwanzig Frauen beider Gruppen erwähnen den höheren Zeitaufwand als eher nachteiligen Aspekt der medikamentösen Methode. Besorgt über das Ausmaß der zu erwartenden Schmerzen äußern sich mehr als dreißig Frauen; zwanzig Teilnehmerinnen fürchten andere Nebenwirkungen; Blutungen werden hingegen nur von einem Dutzend erwähnt. Die erhobenen Angaben zur im Vorfeld erwarteten und dann real erlebten Stärke von Blutung und Schmerzen zeigen, dass die Teilnehmerinnen die Blutungen im Vorfeld eher unterschätzen und vor den Schmerzen unbegründet hohe Befürchtungen hegen. Auch das weist wieder deutlich auf die noch vorhandenen Defizite bei der Aufklärung hin, ein viel größerer Anteil von Frauen werden sich eher mit den Blutungen als mit zu starken Schmerzen oder Nebenwirkungen auseinandersetzen müssen. Mehr als zehn Frauen benennen die Angst vor einem inkompletten Abbruch und der Notwendigkeit einer Nachkürrettage, mehr als ein Dutzend Frauen sieht die pharmazeutischen Wechselwirkungen im Körper eher skeptisch. *„Hormonbombe“* (Nr. 209) und *„Zupumpen mit Chemie“* (Nr. 38) illustrieren diesen Aspekt. Zu den geschätzten positiven Merkmalen des Verfahrens gehört für mehr als 30 Frauen eindeutig das *„bewusste Erleben des Abbruchs“*, diese Formulierung wird quasi durchgehend verwendet. Ebenfalls in fast 40 Fällen steht die Autonomie der Anwenderinnen im Vordergrund. Es ist immer wieder von *„Selbstbestimmung“*, *„den Abbruch selber machen“*, *„Kontrolle“*, *„aktiv sein“*, *„alleine Verantwortung tragen“* und *„Dabeisein“* die Rede. Eine entspanntere Atmosphäre mit

nahestehenden Personen oder anderen „*Leidensgenossinnen*“ beschreiben etwa ein Dutzend Frauen als Vorteil des Verfahrens. Wichtig ist zweifellos auch die Wahrung der Intimsphäre. Formulierungen wie „*körperliche Unversehrtheit*“ (Nr. 38), „*stille Methode*“ (Nr. 89), „*unter der Bettdecke verkriechen*“ (Nr. 107) und „*niemand, der in meinem Körper rumhantiert*“ (Nr. 122) tauchen häufiger auf. Auch stärkere Unabhängigkeit von behandelnden Ärzten wird einige Male angeführt. Eine bessere emotionale Verarbeitung vermuten etwa ein Dutzend von Frauen, weil diese Methode eine „*längere aktive Auseinandersetzung mit dem Schwangerschaftsabbruch*“ voraussetzt. Mehrmals wird „*Abschied nehmen können*“ positiv erwähnt. Die Frage der Schuld wird eher kontrovers eingeschätzt. Die aktive Rolle der „*Täterin*“ taucht mehrmals auf, als positive wie auch negative Konsequenz. Überwiegend Anwenderinnen der instrumentellen Methode schrecken vor dieser aktiven Rolle zurück und beschreiben Bilder des Kindes, dass „*langsam und qualvoll stirbt*“ (Nr. 139) und der Unzumutbarkeit für sich selbst, dieses über einen Zeitraum von zwei Tagen auszuhalten. Auch die stärkere psychische Belastung des medikamentösen Verfahrens wird überwiegend von Frauen der chirurgischen Gruppe befürchtet. Es geht ihnen auch häufiger um die Skepsis gegenüber einer noch neuen und wenig angewandten Methode und deren Missbrauchspotenzial. „*Der Ernst dieser Angelegenheit wird vielleicht nicht ausreichend vermittelt, die ungewollte Schwangerschaft wird weggeschluckt*“ (Nr. 174). Bei allen hier von den Frauen beschriebenen Befürchtungen und Hoffnungen, Vorzügen und Nachteilen, Forderungen und Kritiken wird eines sehr deutlich: ganz unterschiedliche Frauen haben ganz unterschiedliche Herangehensweisen, Vorerfahrungen, Ängste und Prioritäten, mit denen sie sich einem anstehenden Schwangerschaftsabbruch stellen. Das Maß an Offensivität und physischer Involvierung, welches die medikamentöse Methode verlangt, wird von einem Teil der Frauen außerordentlich gewünscht und geschätzt, weil es ihrem eigenen Weg von Verarbeitung entgegenkommt, wenn sie sich selbst und real mit dem Geschehen auseinandersetzen können. Einige der Frauen haben in der Vergangenheit schlechte Erfahrungen mit Delegation von Handlungsbefugnis und Verantwortung gemacht. Oft haben diese Frauen auch weniger Angst vor fatalen Verläufen, die sie nicht beherrschen könnten, weil sie sich selbst häufig als entschlossfreudig und erfolgreich erlebt haben. Sie sind es gewohnt, ihre Angelegenheiten selbst zu regeln und zu verantworten. Die physische Auseinandersetzung kann deshalb wenig angstbesetzt und sehr bewusst erlebt werden und katalysiert eine zeitgleiche emotionale Auseinandersetzung. Der eigene Körper und seine Reaktionen werden erlebt, können kontrolliert und verifiziert werden. Der Abbruch passiert wirklich und dadurch wird auch die Tragweite und Endgültigkeit der Entscheidung deutlicher:

„Ich finde es schon wichtig, dass ich spüren kann, dass ich mich von etwas (einem neuen Lebensweg) trenne. Schmerzen sind in dem Fall gut und angebracht“ (Nr. 204). Eine andere Gruppe von Frauen scheut die physische Auseinandersetzung zwar nicht, steht ihr jedoch etwas unsicherer gegenüber. Hier werden die gesundheitlichen und reproduktiven Risiken beider Methoden nach bestem Wissen abgewogen und letztendlich erfolgt die Entscheidung zum medikamentösen Verfahren vor allem auf dem Hintergrund, ein Risiko der Verletzung oder Unfruchtbarkeit so gering wie möglich halten zu wollen. Nicht wenige Frauen folgen einem sehr spirituell geprägten Denkansatz, oft auch eher aus der Sicht des Ungeborenen. Weniger stehen die Anforderungen an den eigenen Körper im Mittelpunkt, sondern das Bild der in der Gebärmutter verhafteten Schwangerschaft scheint sehr präsent. So beschreiben sie eine Methode, von der sie wissen, dass sie mehr Schmerzen, Blutungen und andere passagere, aber durchaus unangenehme Nebenwirkungen mit sich bringt, trotzdem sehr häufig als sanft, natürlich und schonend. Nicht wenige belastet der Verbleib der Frucht und es schmerzt, *„das der Fötus einfach so in die Toilette fällt“* (Nr.143). *„Ich hätte das Gewebe gern im Garten beerdigt“* (Nr. 51). *„Ich habe mich bei der Seele entschuldigt, für die ich nicht stark genug war und bin damit einigermaßen im Reinen“* (Nr 48). Dies ist ein Ausdruck dafür, dass in Grenzsituationen auch Menschen in einer zunehmend atheistisch geprägten Gesellschaft auf der Suche nach einer permissiven und stützenden religiösen Instanz sind. Oft betont wird auch die Invasivität und die Brutalität der Vakuumaspiration, obwohl den Frauen die relative Schmerzfreiheit für sie selbst durch die Narkose durchaus klar ist. Den Körper eine „natürliche“ Fehlgeburt nachahmen zu lassen, erscheint ihnen deshalb eine gute Alternative zu sein. *„Einem Zufall einen anderen Zufall entgegensetzen“* (Nr. 117), wie eine Teilnehmerin es beschrieb, ist für sie auch aus ethisch-moralischer Sicht die gangbarste Variante. Für andere Frauen ist diese reale physische Auseinandersetzung wie bei der medikamentösen Methode abschreckend und angstbesetzt. Oft wohl auch, weil sie eine unmittelbare Gefährdung durch selbst nicht abschätzbare Komplikationen fürchten und deshalb Wert darauf legen, dass der Verlauf von jemand anderem professionell durchgeführt und überwacht werden kann. Möglicherweise haben diese Frauen auch ein anderes Bild vom und andere Erwartungen an das medizinische Personal. Eine reale physische Auseinandersetzung würde sie derart in Anspruch nehmen und verunsichern, dass keine gleichzeitige Auseinandersetzung mit der Tragweite der Entscheidung und dem Abbruch an sich stattfinden kann. Sie möchten den Vorgang ganz bewusst nicht selbst kontrollieren oder verifizieren. Deshalb entscheiden sich diese Frauen eher für ein Verfahren, bei dem sie ihre Autonomie abgeben und den Abbruch geschehen lassen können. So haben beide Methoden jeweils ihre Kritikerinnen und

Befürworterinnen. Relativ einig sind sich alle über die Unterschiedlichkeit im Grundansatz der Methode, über die aktive Involvierung beim medikamentösen Verfahren und über eine eher passive Rolle, die es bei der instrumentellen Variante einzunehmen gilt.

4.5 Physiologische Aspekte des medikamentösen Schwangerschaftsabbruches

Wie bereits in der einleitenden Literaturübersicht ausführlich beschrieben, ist über die physiologischen Aspekte des medikamentösen Schwangerschaftsabbruches mit Mifepriston und Prostaglandinen im Vergleich zu konventionellen chirurgischen Verfahren in der Vergangenheit extensiv und mit sehr viel zuverlässigeren Aussagen bei hohen Fallzahlen publiziert worden. In unserer Arbeit wurden Angaben dazu ebenfalls sehr sorgfältig erhoben und mit den Ergebnissen internationaler Studien verglichen, jedoch hauptsächlich mit der Zielsetzung, einen möglichen Einfluss dieser Parameter auf die emotionale Verarbeitung des Geschehens zu untersuchen. Die Erfolgsrate in unserer Untersuchung ist in der chirurgischen Kontrollgruppe mit 100 % außerordentlich hoch, was jedoch bei einer geringen Fallzahl von nur 72 Frauen dieser Gruppe auch keine besonders allgemeingültige Aussage sein kann. Die Angaben über Erfolgsraten chirurgischer Verfahren schwanken, in Deutschland liegt die Rate kompletter Abruptiones bei etwa 95 %. Bei etwa 5 % aller instrumentellen Abbrüche kommt es zu Nachblutungen, bei weiteren 5 % treten Infektionen wie Adnexitis oder Endometritis auf. [90] Sekundäre Sterilität als Folge von Abbrüchen ist ebenfalls keine unbekannte Nebenwirkung. In einer Untersuchung von Tzonou et al. [91] von 1993 wird das relative Risiko sekundärer Sterilität nach einmaliger instrumenteller Abruption mit 2,1 beziffert und nach mehrmaliger Abruption mit 2,3. Eine kanadische Studie von Infante-Rivard et al. [92] von 1996 spricht von einem leicht erhöhten Risiko des Spontanaborts für Frauen, die auch nach einem deutlich über drei Monate hinausgehenden Zeitraum nach einer Abruption erneut schwanger werden (relatives Risiko: 1,19). Das Risiko von Frühgeburtslichkeit nach Abruption wird in einer deutschen Studie von Martius et al. [93], welche alle 106.345 Einlingsgeburten in Bayern im Jahre 1994 untersucht hat, als fast verdoppelt angegeben (relatives Risiko: 1,8). Eine Metanalyse von Studien der Jahre 1950–1980 von Hogue et al. [94] hingegen ergibt kein erhöhtes Risiko nach stattgehabter Abruption; weder für sekundäre Sterilität oder Spontanabort, noch für Extrauterin gravidität oder Frühgeburtslichkeit. Mit drei Fällen inkompletter Abruptiones bei Anwendung des Mifepriston-Protokolls, die eine instrumentelle Nachräumung nötig machten, erzielt die Methode eine Erfolgsrate von 97,9 %. Dieses Ergebnis liegt im Bereich der Angaben der großen internationalen Studien. Eine der neuesten Arbeiten, von Schaff et al. [33] (2000) in den USA bis zum 56. Tag p.m. durchgeführt, erzielt

bei 2295 Frauen eine Erfolgsrate von 98 %. Die bisher umfänglichste Analyse zum Thema wurde 1992 von Ulmann et al. [25] veröffentlicht. Sie wertete die Daten aller bis dato in Frankreich durchgeführten Abbrüche mit Mifepriston aus und erreicht bei 16.369 Frauen eine Erfolgsrate von 95,3 %. Eine neuere englische Arbeit zum Thema von Penney et al.[34] (1998), in der Mifepriston bis zum 63. Tag post menstruationem angewendet wurde, erreicht unter 2000 konsekutiven Fällen eine Erfolgsrate von 97,5 %. Mehrere der die medikamentöse Methode anwendenden Kollegen dieser Studie wiesen jedoch darauf hin, dass oft erst nach einigen Tagen alle Reste der Schleimhaut vollständig abgeblutet wären und das sonographische Bild wenige Tage nach dem Abbruch unerfahrenere Kollegen zu einer verfrühten Nachkürettage verleiten könnte. Der Zeitpunkt des Fruchtabgangs nach Prostaglandingabe liegt in unserer Arbeit mit einem errechneten Mittelwert von 3,6 Stunden ähnlich wie bei anderen Arbeiten. Schaff et al. [33] (2000) erwähnt vier Stunden und bei Henshaw et al. [72] (1994) werden 228 Minuten (3,8 Stunden) ermittelt. Bei einem Vergleich der Angaben beider Kollektive ist sowohl die Dauer als auch die Stärke der Blutung wie auch die Stärke der Schmerzen und die Anzahl der aufgetretenen Nebenwirkungen bei der medikamentösen Methode des Schwangerschaftsabbruches mit Mifepriston signifikant erhöht. Im Mittel bluten Anwenderinnen von Mifepriston mit etwa fünfzehn Tagen gut vier Tage länger als Frauen der Vergleichsgruppe (chirurgisch $M=10,89$ Tage, medikamentös $M=15,24$ Tage). In anderen Studien ergaben sich ähnliche Resultate bezüglich der Blutungsdauer. Baird [22] et al. errechnen 1988 etwa 10 Tage mittlere Blutungsdauer, 12 Tage in einer weiteren Arbeit [23] von 1987. Henshaw [74] (1994) berichtet von etwa 13 Tagen Blutungsdauer bei Anwendung der medikamentösen Methode. Alle Arbeiten betonen jedoch die ausgeprägte individuelle Varianz bei Aspekten der Blutung, die im Einzelfall sehr viel länger als 15 Tage andauern kann. In unserer Arbeit bluten zwar zwei Drittel der Mifepriston-Anwenderinnen nicht länger als zwei Wochen und weitere 20 % bis zu drei Wochen, aber in wenigen Fällen wird von Schmierblutungen bis zu sieben Wochen nach dem Abbruch berichtet. Nach chirurgischem Eingriff bluten drei Viertel der Anwenderinnen maximal bis zu zwei Wochen, jedoch auch hier halten in Einzelfällen die Blutungen bis zu fünf Wochen an. Die Blutungsstärke wird auf einer Visuellen Analog-Skala von 0–10 von den Mifepriston-Anwenderinnen gemittelt mit $M=6,8$ signifikant höher als im chirurgischen Kontrollkollektiv mit $M=3,9$ eingeschätzt. Diese Tatsache allein mag nicht sonderlich verwundern, da natürlich die Frauen das Ausmaß der Blutungen bei einer medikamentösen Behandlung in weit höherem Umfang miterleben als das chirurgische Kontrollkollektiv. Der tatsächliche Blutverlust bei der Anwendung des Mifepriston-Prostaglandin-Protokolls steigt

mit Gestationsalter, ist in anderen Untersuchungen mittels Kontrolle des Hämoglobinabfalls übrigens als nicht signifikant höher im Vergleich zu instrumentellen Verfahren charakterisiert worden. [74] [95] Bemerkenswert ist jedoch die Tatsache, dass die Anwenderinnen der medikamentösen Methode, im Vorfeld über die zu erwartenden stärkeren Blutungen aufgeklärt, dennoch signifikant häufiger in etwa 40 % der Fälle von der tatsächlichen Stärke der Blutung überrascht sind. Im chirurgischen Kontrollkollektiv unterschätzten nur knapp 11 % der Frauen im Vorfeld die zu erwartenden Blutungen ($p=0,0001$). Die Untersuchung von Slade et al. [75] (1998) ergibt ebenfalls diesen signifikanten Unterschied zwischen den Methoden bezüglich der im Vorfeld unterschätzten Blutungsstärke. Dieses Resultat illustriert eindringlich die Notwendigkeit einer besseren Aufklärung der Frauen über die zu erwartenden physiologischen Wirkungen bei der Anwendung von Mifepriston. Schmerzen werden hingegen ganz anders beurteilt als Blutungen. Auch hier wird die Schmerzstärke auf der Visuellen Analog-Skala von 0–10 von den Anwenderinnen der medikamentösen Methode mit einem Mittelwert von $M=4,8$ signifikant höher eingeschätzt als von der chirurgischen Kontrollgruppe mit gemittelten $M=2,5$. Baird et al. [96] (1992) geben für Frauen bei medikamentösem Abbruch auf der VAS (0-10) Mittelwerte von $M=5,5$ (sitzend im Aufenthaltsraum) und $M=5,2$ (liegend) an. Slade et al. [75] beschreiben mit gemittelten $M=4,4$ auf der VAS (0-10) für Mifepriston-Anwenderinnen und einem Mittelwert $M=3,4$ für Anwenderinnen der instrumentellen Methode sehr ähnliche Einschätzungen der Frauen. Die Schmerzen werden anders als die Blutungen insgesamt als weniger beschrieben. Nur für 14,5 % der Frauen in der chirurgischen Gruppe sind die Schmerzen stärker als erwartet, nur 26,9 % der Frauen der medikamentösen Gruppe sind von der Intensität der Schmerzen überrascht. Während der Eingriffs kommen drei Viertel der Mifepriston-Anwenderinnen gänzlich ohne Schmerzmedikation aus, ein Fünftel nimmt nichtsteroidale Antiphlogistika ein. Von den Frauen mit chirurgischem Eingriff benötigt nur ein leichtes Schmerzmittel. Frauen der medikamentösen Gruppe, welche bereits die intensive Schmerzerfahrung eines Geburtserlebnisses gemacht haben, bewerten die jetzt erfahrenen Schmerzen deutlich niedriger als Frauen ohne eigene Kinder ($p=0,0001$). Dieser Unterschied war bei den Anwenderinnen der chirurgischen Methode nicht vorhanden ($p=0,696$). Möglicherweise werden die Schmerzen aufgrund einer bereits erlebten maximalen Schmerzerfahrung bei der Geburt eines Kindes relativiert und infolgedessen niedriger beurteilt. Frauen mit der Vorerfahrung eines chirurgischen Abbruchs bewerten die jetzt erlebten Schmerzen beim medikamentösen Abbruch hingegen nicht anders als die Frauen ohne vorher stattgehabtem Abbruch. Einschränkungen im Tagesablauf durch Blutungen oder

Schmerzen wurden von den Mifepriston-Anwenderinnen signifikant häufiger angegeben ($p=0,005$), sind aber insgesamt eher gering. Signifikant häufiger treten bei den Frauen mit medikamentöser Methode auch die klassischen Nebenwirkungen des Prostaglandins auf. Krämpfe, Übelkeit und Kreislaufprobleme werden von einem Drittel der Frauen dieser Gruppe angegeben. Auch Durchfall und Erbrechen treten gelegentlich auf. Müdigkeit scheint nach beiden Verfahren die Hauptwirkung zu sein. Andere Reaktionen wie Hitzewallungen, Fieber, Herzklopfen, Atemnot, Schwindel, Kopf- und Brustschmerzen sind eher selten vertreten. Auch die Gesamtanzahl erlebter Nebenwirkungen war bei den Anwenderinnen der medikamentösen Methode signifikant höher. Bei abschließender Bewertung gaben die Teilnehmerinnen beider Gruppen jedoch nur vereinzelt an, die Nebenwirkungen als unerträglich stark empfunden zu haben. Offensichtlich waren sich die Frauen bei der Auswahl der medikamentösen Methode über die durch aktive Austreibung bedingten Nebenwirkungen im Klaren.

4.6 Psychische Verarbeitung des Schwangerschaftsabbruches

4.6.1 Self-Efficacy-Index nach Cozzarelli

Um die emotionale Verfassung und die Coping-Ressourcen der Teilnehmerinnen vor dem Eingriff noch genauer abbilden zu können, wurde in dieser Arbeit der Fragebogen zur Errechnung des Self-Efficacy-Index nach Cozzarelli verwendet. Bei den Fragen nach der Fähigkeit, einem gewöhnlichen Tagesablauf nachgehen zu können, mit Freunden über die Erfahrungen zu reden oder wie bisher sexuelle Beziehungen haben zu können, wird diese im Vorfeld von den Anwenderinnen beider Methode gleich positiv eingeschätzt. Dezentere Unterschiede gibt es bei den Fragen nach der Fähigkeit, am Ort der Praxis vorbeifahren oder dort einen Termin wahrnehmen zu können, sich in den Medien mit dem Thema auseinanderzusetzen, an zukünftige Schwangerschaften zu denken oder sich in nächster Zeit mit Kindern umgeben zu können. Bei diesen Fragen erzielten die Anwenderinnen der chirurgischen Methode jeweils durchschnittlich etwas schlechtere Werte. Auch bei der Gegenüberstellung der errechneten Mittelwerte aus allen Self-Efficacy-Indizes schneiden die Frauen der medikamentösen Gruppe etwas besser ab, wenn auch nicht in signifikantem Ausmaß (chirurgisch $M=6,81$ / medikamentös $M=7,08$; $p=0,293$). Interpretiert man diese Ergebnisse, kann zusammengefasst werden, dass die Anwenderinnen der medikamentösen Methoden ihre eigenen Coping-Ressourcen zur Bewältigung des Lebensereignisses Schwangerschaftsabbruch im Vorfeld als etwas besser einschätzen als die Frauen der

chirurgischen Vergleichsgruppe. Vergleicht man die Mittelwerte unserer Kollektive mit dem der 283 Frauen aus der Studie von Cozzarelli (1990) [54], in der alle Teilnehmerinnen eine Vakuumaspiration erhielten, so ist der dort errechnete Mittelwert aus den Self-Efficacy-Indizes aller Teilnehmerinnen mit $M=7,14$ ($SD=1,84$) unseren Resultaten auffällig ähnlich. Interessant sind in diesem Zusammenhang die Ergebnisse der Studienabbrecherinnen, von denen die Daten des Fragebogens nach Cozzarelli aus dem ersten Teil der Studie (durchgeführt vor dem Eingriff) entnommen werden können. In allen der abgefragten Items weisen diese Frauen im Mittel höhere Indizes auf. Auch der gemittelte Self-Efficacy-Index ist mit $M=7,38$ deutlich (wenn auch nicht signifikant) höher als bei den Frauen, welche die Studie bis zum Schluss fortgeführt haben. Es sind also eher die Frauen, welche ihre eigenen Ressourcen zur Verarbeitung des Abbruchs für sehr gut halten, die dann später nicht weiter an der Studie teilnehmen. Wenn auch eine Selektions-Bias in Studien mit unvollständiger Datensätzen immer vorhanden sein muss, ist die Tatsache eines höheren Self-Efficacy-Index bei den Studienabbrecherinnen bei gleichem demographischen Hintergrund wie dem der Frauen mit vollständigen Datensätzen doch eher ermutigend. Denn dieses ist ein Hinweis darauf, dass die Frauen, welche an der Studie nach erfolgtem Abbruch nicht mehr teilnehmen, keineswegs jene sein müssten, bei denen die Verarbeitung problematischer ist und die durch ihr Fernbleiben die Endergebnisse der Untersuchung in positiverem Licht erscheinen lassen.

4.6.2 Soziale Unterstützung

Bei der Unterstützung durch den Partner gibt es in der Gesamtverteilung keine signifikanten Unterschiede zwischen den Anwenderinnen beider Methoden. Jeder zehnte Kindsvater weiß nichts von der Schwangerschaft, eine ausdrückliche Ablehnung des Schwangerschaftsabbruches durch den Partner ist nur in wenigen Fällen beschrieben. Etwa zwei Drittel der Männer unterstützen die Entscheidung zum Abbruch, in der Gruppe des medikamentösen Abbruches sind es etwas mehr. Signifikant häufiger ist in der chirurgischen Gruppe der Kindsvater zwar involviert, hält sich aber aus dem Entscheidungs- und Durchführungsprozess heraus (15,3 % versus 6,8 %; $p=0,045$). Auch bei Slade et al. [75] unterstützen die Partner bei beiden Methode jeweils in über 70 % der Fälle die getroffene Entscheidung, auch hier bei Mifepriston-Anwenderinnen etwas häufiger (78 % versus 73 %). Diese Größenordnung bestätigen auch Törnbohm et al. [87] (1999), dort wird die Entscheidung zum Abbruch von 76 % der Partner mitgetragen. Die Familienangehörigen werden wesentlich seltener in den Schwangerschaftsabbruch involviert als Partner oder enge Freunde. Die Frauen mit medikamentösem Abbruch vertrauen sich nur etwa in einem Drittel der Fälle nahen Verwandten an, bei den Frauen mit chirurgischem Abbruch tun das knapp die Hälfte.

Es scheinen ganz gezielt nur solche Familienmitglieder eingeweiht zu werden, bei denen man sich der Unterstützung in Entscheidung und Durchführung sicher sein kann. Engen Freunden vertrauen sich mehr als zwei Drittel der Teilnehmerinnen beider Gruppen an und erhalten Unterstützung. Nur in einzelnen Fällen werden Freunde eingeweiht, die dann den Abbruch offen ablehnen. Am Ausmaß der Involvierung nahestehender Personen hat sich in den letzten Jahrzehnten trotz immenser Liberalisierung der gesellschaftlich akzeptierten Lebenskonzepte erstaunlich wenig verändert. Eine der Pionierarbeiten zum Thema des Entscheidungsprozesses in der Frühschwangerschaft aus dem Jahre 1978 von Bracken et al. [43] spricht ebenfalls von einer Einweihung des Partners in 83 % der Fälle, der besten Freundin bei 68 % und der eigenen Mutter bei 44 %. Auch Robbins et al. [47] (1985) ermitteln 75 % involvierte Partner, 41 % eingeweihte Mütter und 72 % beteiligte beste Freundinnen und Schwestern. In der vorliegenden Arbeit ist in knapp der Hälfte aller Fälle der Partner beim Schwangerschaftsabbruch dabei, beim chirurgischen Abbruch etwas häufiger (48,6 % versus 43,3 %). Familienangehörige oder Freunde begleiten gelegentlich, häufiger bei einem chirurgischen Eingriff. Signifikant häufiger wünschen die Teilnehmerinnen der medikamentösen Gruppe keinerlei Begleitpersonen (30,1 % versus 17,1 %, $p=0,043$). Bei Baird et al. [96] (1992) wollen sogar 54 % der Frauen den medikamentösen Schwangerschaftsabbruch allein durchstehen. Solche Ergebnisse unterstreichen das schon eingangs erwähnte höhere Autonomiebedürfnis dieser Frauen. Es verwundert jedoch in diesem Zusammenhang, da der Ablauf des medikamentösen Schwangerschaftsabbruches viel geeigneter erscheint, um auf die unmittelbare Unterstützung und Präsenz von nahestehenden Personen zurückzugreifen. Vier Wochen nach dem Eingriff geben Frauen beider Methoden in ähnlichem Ausmaß und ohne signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen ihre überwiegend sehr hohe Zufriedenheit mit der erlebten Unterstützung des sozialen Umfeldes an. Die Annahme, dass sich in den vier Wochen nach dem Abbruch doch noch eine Vielzahl von Frauen weiteren Personen anvertrauen würden, hat sich nicht bestätigt. Die Rate von eingeweihten Personen bleibt auffallend konstant. Mehr als die Hälfte der Teilnehmerinnen sind mit den Bemühungen des Partners sehr zufrieden. Andere Familienangehörige, die ja deutlich seltener eingeweiht werden, sind bei Involvierung zu über zwei Dritteln so stützend, dass die Teilnehmerinnen sich als sehr zufrieden darüber äußern. In über 80 % der Fälle werden enge Freunde hinzugezogen. Mit deren Unterstützung sind fast alle Anwenderinnen der chirurgischen Methode ausnahmslos sehr zufrieden. Auch bei den Mifepriston-Anwenderinnen dominiert die hohe Zufriedenheit, in einigen Fällen wird die Hilfe aber als nur mittelmäßig bedauert. So kann zusammenfassend gesagt werden, dass die Anteilnahme

involvierter anderer Personen von den Frauen fast ausnahmslos als gut oder sehr gut bewertet wird. Insgesamt scheinen die Teilnehmerinnen mit ihrer Familie oder engen Freunden weniger hart „ins Gericht zu gehen“. Von den Partnern wird maximale Unterstützung bei der Lösung des gemeinsamen Problems erwartet. Dort sind die Teilnehmerinnen, wenn auch überwiegend zufrieden, deutlich häufiger enttäuscht über versagte oder geringe Unterstützung; oder sie sind bei den Partnern eher bereit, diese Enttäuschung zuzugeben. Bei den Bewertungen der Unterstützung durch Partner, Familie und Freunde wird jeweils eine höhere maximale Zufriedenheit bei den Anwenderinnen der chirurgischen Methode angegeben, die Frauen nach medikamentösem Abbruch bewerten die erhaltene Unterstützung immer etwas kritischer. Partner und Familie werden von den Mifepriston-Anwenderinnen auch insgesamt etwas seltener involviert. Robbins et al. (1985) [47] weist in seiner Arbeit über den Zusammenhang von sozialer Unterstützung und Einsamkeit nach Schwangerschaftsabbruch ausdrücklich darauf hin, dass der rückhaltlosen Unterstützung durch den Partner, und zwar verheiratet oder unverheiratet gleichermaßen, die Schlüsselrolle bei der emotionalen Bearbeitung zukommt. Freunde und Familienangehörige haben dabei einen weitaus geringeren Einfluss. Übersetztes Zitat: *„Partner, die aktiv in das Ereignis einbezogen werden, teilen somit auch die Verantwortung für die Schwangerschaft und die Beendigung derselben. Emotionale Unterstützung, die auf gemeinsamer Verantwortung für Schwangerschaft und Abbruch basiert, kann Selbstbestätigung, Selbstwertgefühl und Zusammengehörigkeitsgefühl durch die erlebte Offenbarung stärken. Die geteilte Verantwortung schafft eine Situation, in der die Frau unbelastet Gefühle der Angst, des Bedauerns oder Selbstzweifel äußern kann, ohne eine Verurteilung fürchten zu müssen. Es ist genau dieses Teilen von Verantwortung, Bedenken und Konsequenzen, welches die Basis von sozialer Unterstützung ausmacht.“* Das Thema Mann und Schwangerschaftsabbruch ist immer noch wissenschaftliches Neuland – eine kleine Studie, die Tiefeninterviews mit sechs Männern auswertet, stammt von Blaschke [63] aus dem Jahre 1985. Wenn der Schwangerschaftskonflikt in erster Linie auch ein Beziehungskonflikt ist, müssten auch die Partner ähnlich krisenhafte Entscheidungssituationen erleben. Bei der Führung der Interviews zeigt sich eine grundsätzliche Schwierigkeit der Männer, die sich alle freiwillig zum Interview gemeldet hatten, im Zusammenhang mit dem Abbruch von ihren eigenen Gefühlen und Erlebnissen zu sprechen. Immer wieder wird von denen der Partnerin berichtet. Das Erlebnis der eigenen Zeugungsfähigkeit und die für sich selbst vollzogene Verknüpfung von Sexualität und Fortpflanzung führt zu einer Verhaltensänderung bei der Empfängnisverhütung, die vorher eine weite Diskrepanz von Anspruch und Wirklichkeit aufzeigte. In den Überlegungen über

das Schicksal des gezeugten Kindes entwirft keiner der befragten Männer eine Zukunftsperspektive mit dem Kind, keiner macht sich eine Vorstellung von einer möglichen Beziehung zu dem Kind. Die unklare Position der Männer in der Dreierbeziehung und die endgültige Entscheidungshoheit der Frau führt häufig zu einer Pseudoneutralität, bei der sie ihre ablehnende Haltung gegenüber der Schwangerschaft oft den Partnerinnen nicht mitteilen, um diese nicht unter Druck zu setzen. So wird eine konstruktive gemeinsame Auseinandersetzung des Paares im Schwangerschaftskonflikt verhindert. *„Ein durchgängig zu beobachtendes Phänomen ist die Suche der Männer nach einem angemessenen Verhalten. Ihr Wunsch, ein hilfreicher, stützender Partner zu sein, kollidiert mit dem Gefühl der eigenen Hilflosigkeit und Ohnmacht.“* Diese fehlende gemeinsame Auseinandersetzung des Paares mit dem Schwangerschaftskonflikt kann die Basis einer Beziehung grundlegend und endgültig erschüttern. Dieses betrifft besonders Paarbeziehungen, in denen vielschichtige, auch unterschwellige Kommunikationsstörungen existieren, die sich in der Krisensituation manifestieren. Jürgensen [55] beschreibt einen Eindruck, den sie während langjährigen Betreuung von Frauen immer wieder gewonnen hat: dass Schwangerschaften immer wieder in einer Phase des Verlassenwerdens vom Partner entstanden waren und dann abgebrochen wurden. Freudenberg [97] führte im Jahre 1982 eine Longitudinalstudie über Partnerschaftsentwicklung nach Schwangerschaftsabbruch durch. Sie kommt zu dem Schluss, dass Paarbeziehungen mit Abortwunsch nicht á priori gestört sein müssen. Etwa ein Fünftel der befragten Frauen beschreibt einen Einfluss des Abbruchs auf die Paarbeziehung, Veränderungen zum Negativen waren dabei sehr viel häufiger zu beobachten als eine positive Stabilisierung der Beziehung. Jede fünfte Beziehung ist nach einem Jahr beendet, dieses trifft jedoch auch für die Kontrollgruppe zu. Die Trennung wurde jedoch von Frauen nach Abort häufiger selbst initiiert als in der Kontrollgruppe. Subjektiv schreiben viele Frauen der Abort die Funktion einer „Nagelprobe“ für die Paarbeziehung zu, die emotionale Präsenz und Verlässlichkeit des Partners in einer Krisensituation entscheidet oft über das Fortbestehen einer Beziehung. In der vorliegenden Arbeit konnte zwar mit der HADS kein direkter statistischer Zusammenhang zwischen geringerer Angst und Depression vor dem Eingriff bei Unterstützung der Entscheidung durch den Partner gefunden werden. Auch schien die Zufriedenheit mit der erfahrenen Unterstützung durch den Partner während des Abbruchs keinen direkt messbaren Einfluss auf bessere Werte für Angst oder Depression nach dem Eingriff auszuüben. Trotzdem bleibt der positive Einfluss einer unbedingten Unterstützung durch nahestehende Personen auf die psychische Stabilität der Frauen unbestritten. Andere

Messinstrumente wären sicherlich geeigneter als die HADS, um diesen Zusammenhang suffizienter zu beleuchten.

4.6.3 Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

4.6.3.1 Angst und Depression vor dem Eingriff – Vergleich beider Methoden anhand der Zuordnung zu verschiedenen Ausprägungsniveaus

Bei der Auswertung der mittels der Hospital and Depression Scale erzielten Werte für Angst und Depression unmittelbar vor dem Eingriff und die Zuordnung der Resultate jeder Teilnehmerin zu auffälligen, grenzwertigen oder unauffälligen Niveaus gibt es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Anwenderinnen beider Methoden. Dennoch fällt auf, dass unter den Frauen der chirurgischen Gruppe deutlich mehr Teilnehmerinnen ein auffälliges Angstniveau erreichen (39,1 % versus 27,2 %; $p=0,091$). Dieser Unterschied existiert bei den Depressionswerten nicht, dort weisen 21,9 % der Frauen der chirurgischen Gruppe und 21,3 % der medikamentösen Gruppe ein auffällig erhöhtes Depressionsniveau auf. Eine Erklärung dürfte die Angst vor Operation und Narkose und dem damit verbundenen Kontrollverlust bei den Anwenderinnen der instrumentellen Methode sein, welche die Frauen mit medikamentöser Behandlung nicht fürchten müssen. Aber auch die schon vorher in den Fragekomplexen herausgearbeitete optimistische und selbstbestimmte Herangehensweise, die viele Mifepriston-Anwenderinnen charakterisiert, könnte einen Anteil an diesem Unterschied bezüglich der empfundenen Angst vor dem Eingriff haben. In der Veröffentlichung von Slade et al. [75], in der ebenfalls die HADS Verwendung fand, sind leider die Datensätze der Niveauverteilungen nicht publiziert worden. Bei Henshaw et al. [73] (1994) ist diese Wichtung zwischen den Anwenderinnen verschiedener Methoden nicht vorhanden, 45,6 % der Frauen mit chirurgischer Methode und 45,3 % der Frauen mit medikamentöser Methode zeigen dort auffällig erhöhte Angstwerte. Das sind bei beiden Methoden deutlich mehr Frauen als in unserem Kollektiv. Die Depressionswerte ähneln unseren Ergebnissen, 21,5 % in der chirurgischen Gruppe und 15,1 % in der medikamentösen Gruppe erreichen bei Henshaw et al. ein auffälliges Depressionsniveau. Zwischen den Ergebnissen der 219 Teilnehmerinnen unserer Studie und den 69 Frauen, welche den zweiten Teil des Fragebogens nicht mehr ausfüllten, gibt es bezüglich Angst und Depression keine signifikanten Unterschiede. Wie vorher schon der demographische Vergleich und die Auswertungen zum Fragebogen von Cozzarelli legen also auch die Ergebnisse der HADS nahe, dass die Studienabbrecherinnen vor dem Abbruch keinesfalls in höherem Maße psychisch belastet gewesen sein könnten als die Frauen, welche bis zum Ende der Erhebung beteiligt waren.

4.6.3.2 Angst und Depression vier Wochen nach dem Eingriff – Vergleich beider Methoden anhand der Zuordnung zu verschiedenen Ausprägungsniveaus

Vier Wochen nach dem Eingriff erfolgt erneut die Überprüfung der vorhandenen Angst und Depression mittels der HADS. Zu diesem Zeitpunkt weisen nur noch 6,3 % der Anwenderinnen des chirurgischen Verfahrens und 3,7 % der Mifepriston-Anwenderinnen ein erhöhtes Angstniveau auf. Auffällig erhöhte Depressionswerte zeigen nur noch 4,7 % der Frauen in der chirurgischen Gruppe und 2,2 % in der medikamentösen Gruppe. Es gibt weder bei Angst noch bei Depression signifikante Unterschiede zwischen beiden Methoden. Nach epidemiologischen Schätzungen bezogen auf die Gesamtbevölkerung westlicher Länder schwankt die Prävalenz für Angst zwischen 2–5 % und für Depression zwischen 2–10 %. Somit weisen die Resultate unserer Studie für den Zeitpunkt nach dem Schwangerschaftsabbruch keine deutlich erhöhten Prävalenzen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung [80] auf.

4.6.3.3 Angst und Depression vor und vier Wochen nach dem Eingriff – Vergleich beider Methoden anhand von Mittelwertberechnungen

Neben den Niveauverteilungen wurden die jeweils erreichten Punktzahlen der einzelnen Frauen zur Berechnung eines Mittelwertes für Angst oder Depression herangezogen. Bei einem Vergleich der vor dem Eingriff erzielten Mittelwerte mit denen vier Wochen danach zeigt sich auch bei diesen Berechnungen ein signifikanter Abfall für beide Parameter in beiden Gruppen (jeweils $p=0,0001$). Der Ausgangswert für Angst fällt in der chirurgischen Gruppe von $M=8,84$ vier Wochen später signifikant auf $M=4,61$; in der medikamentösen Kontrollgruppe fällt er von $M=7,67$ auf $M=3,58$ (jeweils $p=0,0001$). Der bei den Niveauverteilungen ermittelte höhere Anteil von Frauen mit auffälligen Angstwerten unter den Anwenderinnen der chirurgischen Methode lässt sich also auch beim Mittelwertvergleich unter Verwendung der Rohwerte aus der Angst-Subskala reproduzieren (vorher: chirurgisch $M=8,84$ versus medikamentös $M=7,67$). Dieser Unterschied zwischen den Methoden bleibt auch vier Wochen nach dem Abbruch noch bestehen (nachher: chirurgisch $M=4,61$ versus medikamentös $M=3,58$). Bei den Mittelwerten für Depression gibt es ebenfalls einen signifikanten Abfall der Werte im zeitlichen Verlauf. Der Ausgangswert fällt in der chirurgischen Gruppe von $M=7,06$ signifikant auf $M=2,84$, in der medikamentösen Vergleichsgruppe von $M=6,15$ nach vier Wochen auf $M=2,37$ (jeweils $p=0,0001$). Bei den Mittelwertvergleichen gibt es eine stärker ausgeprägte Diskrepanz zwischen den Methoden als das bei den Niveauverteilungen erschien. Hier bleibt ein etwas höherer Ausgangswert der chirurgischen Gruppe ($M=7,06$ versus $M=6,15$) im Verhältnis nach vier Wochen erhalten ($M=2,84$ versus $M=2,37$). In der Anleitung der deutschen Version der HADS geben

Herrmann et al. [80] für eine Kontrollpopulation gesunder Frauen ohne besondere schwerwiegende seelische Belastung einen durchschnittlichen Angstwert von 6,3 (SD+/- 3,2) und einen durchschnittlichen Depressionswert von 3,2 (SD +/- 2,6) an. Während also unsere erzielten Ergebnisse für Angst und Depression unmittelbar vor dem Eingriff natürlich ein Ausdruck erhöhter Anspannung aufgrund des Schwangerschaftskonfliktes und des bevorstehenden Abbruchs der Schwangerschaft sind, erreichen die angegebenen Werte vier Wochen nach dem Eingriff sowohl für Angst als auch für Depression ein sehr niedriges Niveau, welches im Vergleich keinesfalls höher als in der weiblichen Gesamtpopulation erscheint. Verglichen mit den angegebenen Mittelwerten für Angst und Depression anderer Studien zum Thema liegen die ermittelten Werte unserer Untersuchung jeweils etwas niedriger als bei Slade [75] und Henshaw. [73] Im Vergleich zur Studie von Slade et al. von 1998 fallen die in der hier vorliegenden Arbeit erzielten Werte für Angst sowohl vor als auch vier Wochen nach dem Eingriff bei beiden Methoden signifikant niedriger aus. Die vor dem Eingriff ermittelten Mittelwerte für Depression sind in der vorliegenden Arbeit für die Mifepriston-Anwenderinnen ebenfalls signifikant niedriger als bei Slade, der Abfall der Depressionswerte im Verlauf des Ereignisses ist für beide Methoden in unserer Arbeit signifikant stärker ausgeprägt. Mit der Studie von Henshaw et al. sind unsere Ergebnisse nur eingeschränkt vergleichbar, weil dort der Zeitpunkt der zweiten Erhebung bereits 16 Tage nach dem Schwangerschaftsabbruch stattfand. Die Ausgangswerte für Angst sind in unserem Studienkollektiv für beide Methoden wie schon bei Slade jedoch auch hier signifikant niedriger. Die von uns ermittelten Werte für Depression vor dem Eingriff sind für beide Methoden den Daten von Henshaw sehr ähnlich.

Tabelle 70: HADS – Mittelwerte im internationalen Vergleich

		Hemmerling 2001 <u>Mittelwert</u> (Standard- abweichung)	Slade 1998 <u>Mittelwert</u> (Standard- abweichung) Signifikanzprüfung gegen 2001	Henshaw 1994 <u>Mittelwert</u> (Standard- abweichung) Signifikanzprüfung gegen 2001	*
Angst vorher	Chirurgisch	8,8 (3,7)	9,9 (4,5) p=0,025 **	10,2 (4,3) p=0,004 **	
	Medikamentös	7,7 (4,0)	9,7 (4,3) p=0,0001**	10,6 (4,3) p=0,0001**	
Angst nachher	Chirurgisch	4,6 (3,6)	7,6 (5,4) p=0,0001**	5,1 (4,1) p=0,275	
	Medikamentös	3,6 (3,4)	7,0 (4,9) p=0,0001**	4,9 (4,2) p=0,0001**	
Depression vorher	Chirurgisch	7,1 (4,6)	7,3 (4,8) p=0,678	7,7 (4,6) p=0,268	
	Medikamentös	6,2 (4,8)	7,2 (4,6) p=0,013 **	6,6 (4,0) p=0,283	
Depression nachher	Chirurgisch	2,8 (3,3)	4,4 (4,5) p=0,0001**	3,0 (3,1) p=0,706	
	Medikamentös	2,4 (3,0)	4,1 (4,1) p=0,0001**	2,4 (3,1) p=0,901	

* bei Henshaw wurden die Werte bereits 16 Tage nach dem Eingriff erhoben, bei Slade und Hemmerling vier Wochen nach dem Eingriff

** Signifikanzniveau im Vergleich zur vorliegenden Arbeit (Hemmerling 2001)

Allerdings lässt sich allein aus der Tatsache, dass unser Studienkollektiv sowohl niedrigere Ausgangs- als auch Abschlusswerte für Angst und Depression aufweist, noch keine Schlussfolgerung bezüglich einer besseren Verarbeitung ziehen. Aber unsere Ergebnisse bestätigen in jedem Fall die These anderer Arbeiten, dass der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch für die emotionale Verarbeitung kein potenziell größeres Risiko birgt als der konventionelle chirurgische Abbruch. Im Gegenteil, alle drei Arbeiten zeigen mit geringfügig (keinesfalls signifikant) besseren Angst- und Depressionswerten nach Mifepriston einen leichten, aber konsistenten Trend zu besserer Verarbeitung als in den Fällen der chirurgischen Vergleichsgruppen. In den Arbeiten von Slade und Henshaw ist dieser Trend jedoch weitaus geringer als bei den von uns ermittelten Werten. Zusätzlich wurden eine Reihe von erhobenen Parametern auf ihre Beeinflussung der psychischen Verarbeitung getestet. Weder die im Vorfeld abgefragte Unterstützung der Entscheidung durch den Partner noch die Zufriedenheit mit der erhaltenen Unterstützung zeigte einen Einfluss auf die erhobenen Werte von Angst und Depression. Der bei Robbins et al. [47] beschriebene wichtige Einfluss des Partners auf die emotionale Stabilität konnte in dieser Arbeit nicht statistisch belegt werden. Auch Frauen, die nicht zum Eingriff begleitet wurden und den Abbruch unfreiwillig allein durchführen mussten, zeigten keine höheren Werte. Überraschenderweise haben auch sehr starke Schmerzen oder Blutungen sowie eine erhöhte Anzahl von aufgetretenen Nebenwirkungen statistisch keinen Einfluss auf die Werte für Angst oder Depression. Lediglich bei den Frauen mit einer im Vorfeld als klar und eindeutig beschriebene Entscheidung zum Abbruch waren signifikant bessere Werte für Angst ($p=0,015$) oder Depression ($p=0,012$) zu verzeichnen. So liegt der Schluss nahe, dass bei selbstgewählter Methode und guter Aufklärung über zu erwartende Wirkungen der Einfluss physiologischer Nebenwirkungen auf die psychische Stabilität sehr gering oder nicht vorhanden ist. Die Unterstützung durch nahestehende Personen schlägt sich in dieser Arbeit zwar nicht unmittelbar als Zeichen geringerer psychischer Belastung nieder, aber von ihrem stärkenden Einfluss kann ausgegangen werden. Frauen mit im Vorfeld auffälligen Werten für Angst und Depression schätzen ihre eigenen Coping-Ressourcen (Self-Efficacy-Index) signifikant schlechter ein (jeweils $p=0,0001$). Bei auffälligen Werten vier Wochen nach dem Eingriff ist dieser Zusammenhang weit weniger deutlich. Die Gefahr einer klinisch relevanten Depression nach dem Eingriff kann nicht im Vorfeld erkannt werden, hier hat der Self-Efficacy-Index keine prädiktive Potenz. Auch weisen niedrige Coping-Ressourcen im Vorfeld nicht auf gesteigerte Angst-Werte von signifikantem Ausmaß nach dem Eingriff hin. Jedoch haben Frauen mit klinisch relevanter Angst nach dem Eingriff ihre eigenen Coping-Ressourcen im

Vorfeld niedriger eingeschätzt als diejenigen, die hinterher normale Angstwerte zeigen (Self-Efficacy-Index $M=6,03$ versus $M=7,05$, $p=0,175$). Insgesamt kann der Fragebogen nach Cozzarelli für Angst und Depression vor dem Eingriff eine gute prädiktive Aussage treffen. Für ein Screening im Vorfeld ist er jedoch nicht geeignet, da er auf mögliche Gefährdungen nach dem Eingriff weit weniger deutlich hinweisen kann.

4.6.3.4 Einzelfallanalyse mit genauer Verfolgung der Ausprägungsniveaus jeder Teilnehmerin im zeitlichen Verlauf (McNemar-Test)

Eine weitere Analyse der HADS-Daten soll die Wanderungsbewegung der Werte für die einzelnen Teilnehmerinnen untersuchen, also Verbesserungen oder Verschlechterungen im Einzelfall genauer abbilden. Diese Einzelfallanalyse ergab bei den Anwenderinnen der medikamentösen Methode in keinem Fall eine Verschlechterung bezüglich der Angstwerte, lediglich vier Frauen weisen im Verlauf gleichbleibend erhöhte Angstwerte auf. Für Depression kann gesagt werden, dass unter den Anwenderinnen der medikamentösen Methode drei Frauen nach dem Eingriff schlechtere Werte aufweisen als vorher. Zwei davon jedoch verschlechtern sich von unauffälligen Werten lediglich auf ein grenzwertiges Depressionsniveau. Insgesamt liegt bei drei Frauen dieser Gruppe nach dem Eingriff ein klinisch relevantes Depressionsniveau vor. Bei den Anwenderinnen des instrumentellen Verfahrens sind die Ergebnisse ähnlich überzeugend. Keine Frau verschlechtert sich im Verlauf bezüglich ihres Angstniveaus, lediglich fünf Frauen bleiben auffällig. Zwei Frauen dieser Gruppe haben vier Wochen nach dem Eingriff höhere Depressionswerte als vorher, insgesamt drei Frauen müssen als auffällig gelten. Diese genaue Analyse soll verdeutlichen, dass es auch bei einer Verfolgung jedes einzelnen Falles nur sehr wenige Frauen sind, die sich bezüglich ihrer Angst und Depression im zeitlichen Verlauf verschlechtert haben oder weiterhin auffällig bleiben. Insgesamt verbessern unter allen Teilnehmerinnen 98 Frauen ihre Angstwerte, 88 weitere bleiben im gesamten Verlauf unauffällig. Die Depressionswerte verbessern sich bei insgesamt 69 Teilnehmerinnen, 118 weitere sind von Beginn an unauffällig. Diese Zahlen belegen eindrucklich, dass sich die übergroße Mehrheit der Frauen nach einem Schwangerschaftsabbruch emotional stabilisieren. Die verwendete Methode scheint keinen vordringlichen Einfluss auf das Ausmaß dieser Verbesserung auszuüben, solange diese Methode von den Frauen selbst ausgewählt wird und so eine Identifikation mit dem Verfahren besteht.

4.6.4 Impact of Event Scale (IES)

Bei der Auswertung der Ergebnisse der Impact of Event Scale (IES) erfolgte zunächst eine Zuordnung der Teilnehmerinnen zu den einzelnen Auffälligkeitsniveaus von Intrusion und

Vermeidung anhand der erreichten Punktzahlen auf den Subskalen. Bei einem Vergleich der Ausmaße der Intrusion zwischen beiden Methoden sind in der chirurgischen Gruppe mit 20,3 % signifikant mehr Frauen auffällig als in der medikamentösen Vergleichsgruppe mit 6,4 % ($p=0,002$). Auch für die Subskala ‚Vermeidung‘ trifft dieser Unterschied zu, hier sind unter den Anwenderinnen der chirurgischen Methode mit 21,7 % signifikant mehr Frauen mit auffälligen Werten zu finden als unter den Mifepriston-Anwenderinnen mit 10,6 % ($p=0,031$). Betrachtet man die erreichten Gesamtpunktzahlen beider Subskalen und ordnet sie den Werteniveaus zu, sind auch hier in der chirurgischen Gruppe mit 18,8 % signifikant mehr Teilnehmerinnen auffällig als in der medikamentösen Vergleichsgruppe mit 9,2 % ($p=0,047$). Auch beim Vergleich der erzielten Mittelwerte für Intrusion und Vermeidung mittels T-Test zwischen beiden Methoden ist mit $M=6,71$ ein signifikant niedrigerer Wert für das Ausmaß der Intrusion bei den Mifepriston-Anwenderinnen im Vergleich zur chirurgischen Kontrollgruppe mit $M=9,29$ zu bemerken ($p=0,039$). Für das Vermeidungsverhalten ist dieser Unterschied zwischen den Anwenderinnen der verschiedenen Methoden jedoch nicht mehr so deutlich, der Mittelwert in der Gruppe des medikamentösen Abbruchs ist mit $M=7,56$ zwar auch hier niedriger als in der chirurgischen Vergleichsgruppe mit $M=9,59$; das Signifikanzniveau wird jedoch nicht erreicht ($p=0,122$). Ein Vergleich der Gesamtpunktzahlen aus beiden Subskalen ergibt für die medikamentöse Methode einen signifikant geringeren Mittelwert von $M=14,23$ im Vergleich zu $M=18,88$ in der chirurgischen Vergleichsgruppe ($p=0,036$). Die bei Slade [75] beschriebenen höheren Intrusionswerte bei einer als negative Erfahrung beschriebenen Wahrnehmung des Embryos nach der Expulsion konnten in der vorliegenden Arbeit nicht reproduziert werden. Zusammengefasst kann gesagt werden, dass unter den Anwenderinnen der chirurgischen Methode vier Wochen nach dem Eingriff noch deutlich häufiger Anzeichen von Intrusion wie ungewollte Präsenz des Ereignisses im Alltag und in Träumen sowie Schlafstörungen auftraten. Auch eine Vermeidungshaltung durch Verdrängen von Gefühlen und Erinnerungsinhalten sowie ein auftretendes Gefühl innerer Abgestumpftheit wird bei diesen Frauen häufiger gefunden als in der medikamentösen Vergleichsgruppe. Es liegt nahe, dieses als Zeichen einer weiter andauernden Auseinandersetzung mit dem Ereignis des Schwangerschaftsabbruches zu werten, die unter den Anwenderinnen der chirurgischen Methode vier Wochen nach dem Eingriff noch häufiger anzutreffen ist als in der medikamentösen Vergleichsgruppe. Folgend ein Vergleich mit den Ergebnissen der IES in der Untersuchung von Slade et al. [75], die leider ihre Datensätze zur Einteilung der Werteniveaus nicht veröffentlicht haben, sondern nur die Mittelwerte.

Tabelle 71: IES – Mittelwerte im internationalen Vergleich

		Hemmerling 2001 <u>Mittelwert</u> (Standardabweichung)	Slade 1998 <u>Mittelwert</u> (Standardabweichung)	p
Intrusion	Chirurgisch	<u>9,3</u> (9,1)	<u>15,0</u> (10,4)	p=0,0001**
	Medikamentös	<u>6,7</u> (6,8)	<u>14,1</u> (10,8)	p=0,0001**
Vermeidung	Chirurgisch	<u>9,6</u> (9,4)	<u>18,1</u> (9,5)	p=0,0001**
	Medikamentös	<u>7,6</u> (7,5)	<u>15,9</u> (11,1)	p=0,0001**

** Signifikanzniveau

Die Teilnehmerinnen unserer Studie wiesen für beide Methoden sowohl für Intrusion als auch für Vermeidung signifikant geringere Werte auf als in der Arbeit von Slade. Begründungen für dieses überraschende Ergebnis sind schwierig zu finden, die bei Slade gefundenen Werte erscheinen auch im Vergleich zu in anderen Studien [98] bei Unfällen und fatalen Erkrankungen gemessenen Resultate der IES sehr hoch. Viel interessanter ist jedoch die Tatsache, dass auch bei Slade die höheren Werte von Intrusion und Vermeidung bei den Anwenderinnen der chirurgischen Methode gefunden worden sind, auch wenn sie dort das Signifikanzniveau im Vergleich zur medikamentösen Methode verfehlen. Diese übereinstimmenden Ergebnisse der IES in beiden Studien können weitere Hinweise bieten, dass ein von Frauen selbst gewählter medikamentöser Schwangerschaftsabbruch einer unmittelbar beginnenden Verarbeitung des Ereignisses dienlich ist. Dieser Prozess erfolgt bei den Frauen mit chirurgischer Methode zeitlich versetzt, weil eine Auseinandersetzung mit dem Ereignis beim Eingriff selbst nicht herausgefordert und somit häufiger unbewusst vermieden wird. Dieser Vermeidung kommt zunächst unmittelbar nach dem Abbruch eine Schutzfunktion zu. Wie schon bei den Gründen für die Auswahl der Methode beleuchtet, wählen viele Frauen die chirurgische Methode ja auch ganz bewusst vor dem Hintergrund der weniger abverlangten physischen Auseinandersetzung mit dem Abbruch. So kann zum einen die in den Wochen nach dem Eingriff nachzuholende psychische Verarbeitung beim instrumentellen Eingriff eine Rolle für die höheren Werte sowohl in der HADS als auch in der IES spielen. Dazu wäre es wichtig, in weiteren Untersuchungen den zeitlichen Verlauf noch über vier Wochen hinausgehend zu verfolgen, um zu sehen, ob und wann sich auch die Werte von Angst und Depression, Intrusion und Vermeidung unter den Anwenderinnen der chirurgischen Methode auf ein vergleichbar niedriges Niveau gesenkt haben. Neben dieser Theorie der zeitlich versetzten emotionalen Bearbeitung erscheint es jedoch auch möglich, dass ein größerer Teil der Anwenderinnen der chirurgischen Methode auch in anderen Lebensentscheidungen eine weniger offensive Herangehensweise bevorzugt als Frauen, die sich ganz bewusst für die in Deutschland zum Erhebungszeitpunkt noch sehr neue und unübliche Methode des medikamentösen Schwangerschaftsabbruch entschieden haben.

Dieses könnte auch eine Erklärung für die im internationalen Vergleich niedrigeren Werte sowohl für Angst und Depression als auch für Intrusion und Vermeidung bei den Mifepriston-Anwenderinnen unserer Studie sein. Die hier noch wenig etablierte und von Frauen wie Ärzten sehr skeptisch beurteilte neue Methode des Schwangerschaftsabbruches wird nur von denjenigen Frauen eingefordert und von Ärzten bei solchen Frauen verwendet, die den Eindruck einer äußerst gefestigten Entscheidung und großer psychischer Stabilität vermitteln. Diese harten Kriterien werden möglicherweise in Ländern mit längerer Erfahrung im Umgang mit der neuen Methode nicht mehr so strikt eingehalten. Unter diesem Aspekt wäre auch eine Wiederholung der Messungen zu einem Zeitpunkt etablierter Anwendung von Mifepriston in Deutschland interessant. Möglicherweise sind die geringer ausgeprägten Unterschiede zwischen den Methoden hinsichtlich der psychischen Bearbeitung in der Untersuchung von Slade [75] bei einem vergleichbar großen Kollektiv von 275 Frauen im Jahre 1998, also mehr als fünf Jahre nach der englischen Markteinführung von Mifepriston, auch als Zeichen einer schon weniger ausgeprägten Polarisierung der Methoden in der Presse, bei den Ärzten und auch bei den Frauen zu deuten.

4.6.5 Belastungsphasen

Übereinstimmend geben die meisten der Teilnehmerinnen bei beiden Methoden die Zeit vor dem Schwangerschaftsabbruch als die Phase der höchsten seelischen Anspannung an. Den chirurgischen Eingriff selbst beschreiben nur 5,7 % der Frauen dieser Gruppe und die Phase der Austreibung nach Prostaglandineinnahme 23,6 % der medikamentösen Gruppe als die schwierigste Phase. Auch das verdeutlicht, dass die Frauen der Schwangerschaftskonflikt selbst erheblich mehr belastet als die physischen Gefahren des Abbruchs, der bereits als Phase der Problemlösung nach dem Treffen der Entscheidung gegen die Schwangerschaft angesehen wird.

4.6.6 Subjektive Gesamteinschätzung des Abbruchs als einschneidendes Lebensereignis

Übereinstimmend geben gut die Hälfte der Teilnehmerinnen in beiden Gruppen an, dass sie die Erfahrung der letzten Wochen zusammenfassend als eher positiv bewerten würden. Auch die angeführten Begründungen für diese Einschätzungen wiesen keine deutlichen Unterschiede zwischen den verschiedenen Methoden auf. Am häufigsten werden dabei die wichtige Erfahrung einer persönlichen Reifung durch Übernahme von Verantwortung für eigenes Handeln genannt sowie ein gewachsenes Selbstvertrauen nach selbstständig gemeisterter Lebenskrise. Etwa ein Fünftel der Teilnehmerinnen erwähnen eine verbesserte

Paarbeziehung nach dem gemeinsam durchgestandenen Abbruch. Häufig haben Teilnehmerinnen mit eigenen Worten diese Zeit der Auseinandersetzung als ein sehr positives Erlebnis beschrieben: *„Es hat mich meiner eigenen Fruchtbarkeit nähergebracht. Ich habe viel über das Leben nachgedacht.“* (Nr. 104). Ich *„hatte Zeit, nur an mich und über mich nachzudenken.“* (Nr. 193). *„Ich habe viel über mich gelernt“* (Nr. 62). *„Es zeigt, dass in Zukunft mehr Verantwortungsbewusstsein nötig ist.“* (Nr. 31). *„Es war trotz allem traurig! – und wird es auch irgendwie immer bleiben.“* (Nr. 201). Ein Viertel aller Teilnehmerinnen kann das Ereignis weder als eher positiv noch überwiegend negativ einschätzen. Ein weiteres Viertel aller Frauen bewertet den erlebten Schwangerschaftsabbruch eher als eine negative Lebenserfahrung, vor allem wegen der erlebten Traurigkeit sowie Verlust- und Schuldgefühlen. Signifikant häufiger befürchten Frauen nach chirurgischer Methode, dass durch den instrumentellen Eingriff in der Gebärmutter zukünftige Schwangerschaften gefährdet sein könnten. Häufiger geben Frauen nach medikamentösem Abbruch die Schmerzen und schlimmere Erfahrungen als erwartet als Grund für die negative Gesamteinschätzung an. Die emotionale Beanspruchung des medikamentösen Verfahrens kann unvorbereitet immens sein: *„Es ist für mich psychisch extrem belastend gewesen, da ich das Kind gern behalten hätte. Nur für Frauen zu empfehlen, die total gegen das Kind und eine Schwangerschaft sind. Habe sehr viel geweint“* (Nr. 83). *„Mifegyne kann ich nur einer starken, reifen Frau weiterempfehlen.“* (Nr. 51). Unter allen Teilnehmerinnen wurde ein negativer Einfluss auf die Partnerbeziehung deutlich seltener als eine positiv erlebte Stärkung der Beziehung unmittelbar nach dem Abbruch angegeben. *„Wir freuen uns trotz allem sehr auf ein gemeinsames Kind zu einem späteren Zeitpunkt.“* (Nr. 194). *„Meine Einstellung zur Sexualität hat sich stark verändert“* (Nr. 51). *„Ich habe jetzt erst eine wirkliche Beziehung zu dem potentiellen Vater und ich kann Entscheidungen besser treffen.“* (Nr. 102). Goebel [99] ist der Auffassung, dass eine ungewollte Schwangerschaft oft nicht als Zufall anzusehen ist, sondern als ein sinnvolles Ereignis im Zusammenhang mit der aktuellen Lebenssituation – im Sinne einer auslösenden Konfliktsituation. Die zum Abbruch entschlossenen Frauen befinden sich häufig in einer biografischen Sackgasse. Die Schwangerschaft und der Abbruch haben die Funktion, aktualisierte Konflikte zu bewältigen. In seiner Untersuchung aus dem Jahre 1980 taucht eine ungewollte Schwangerschaft nicht vorrangig als ein Problem beziehungsloser Frauen auf, sondern ist eher Ausdruck eines Beziehungsproblems in vorhandenen Partnerschaften. 20 % der befragten 125 Frauen trennten sich im Verlaufe der ersten 18 Monate nach dem Schwangerschaftsabbruch. Das gemeinsam erlebte Ereignis kann von vielen Paarbeziehungen getragen werden und diese stärken. Für eine Reihe von

Beziehungen ist es jedoch auch das auslösende Moment für eine Trennung. Zwölf Frauen (11,4 %) waren nach achtzehn Monaten wieder schwanger, neun davon ungeplant. Alle von ihnen entschlossen sich, das Kind bei diesem Mal auszutragen, obwohl sich ihre Situation oft wenig verändert hatte. Überwiegend waren bei der erneuten Schwangerschaft auch die Väter dieselben. Dieses Phänomen der „Wiedergutmachungsschwangerschaft“ scheint bei einigen Frauen eine wichtige Funktion zur Verarbeitung des vorherigen Abbruchs übernehmen zu können. Bei Holmgren et al. [71] (1992) gaben 72 % der Frauen nach Vakuumaspiration und 87 % der Frauen nach Mifepriston eine positive Gesamtbewertung im Interview an, 11 % aller Frauen beschreiben ihre Erfahrung als negativ. Diese Aussagen sind jedoch mit unseren Daten schwer zu vergleichen, weil im qualitativen Interview keine standardisierten Begründungen abgefragt worden sind. Aber auch dort überwogen die positiven Gesamtaussagen bei weitem die negativen Einschätzungen. Auch in anderen Arbeiten sind positive Aspekte des Lebens nach dem Abbruch weitaus häufiger beschrieben worden als negative Folgen. Die Psychologin Rita Seitz [100] beschreibt in ihrem Buch: so „... ermöglichte die Neuorientierung nach der Abtreibung den Frauen eine selbstverantwortete Gestaltung dieser Biographie. Die betroffenen Frauen berichteten von mehr Sensibilität für den eigenen Körper, veränderten Ansprüchen an Partnerschaft und Sexualität und eine Intensivierung der Selbstverantwortung, die sowohl Lust und Zufriedenheit, aber auch Probleme und Unsicherheit mit sich brachte.“ Und in einer Studie des Hamburger Familienplanungszentrums von Knopf [101] et al. heißt es : „Insgesamt überwogen die positiven Folgen die negativen bei weitem. Fast alle Befragten konnten mindestens eine positive Veränderung benennen oder äußerten sich sehr zufrieden mit ihrem jetzigen Leben. ... Es seien Denkprozesse in Gang gesetzt worden, und ihr Leben habe sich damals im Umbruch befunden. ... Viele empfanden es als positiv, dass es in oder nach dieser Zeit zu einer Klärung der Beziehung kam, selbst wenn diese manchmal in einer Trennung endete ...“ Petersen [102] spricht von einer Stärkung der Ich-Struktur als positive Folge des Abbruchs und von einem vollzogenen Reifungsschritt. Bei den Fragestellungen des in Zusammenarbeit mit dem Familienplanungszentrum Balance entstandenen und der IES vorangestellten Komplexes stand weniger eine abschließende Beurteilung der Methode, sondern eine geglückte Rückkehr in den Lebensalltag vier Wochen nach dem Schwangerschaftsabbruch im Mittelpunkt des Interesses. Auch hier fallen die optimistischeren Aussagen der Frauen nach medikamentöser Methode auf. Wesentlich mehr Mifepriston-Anwenderinnen sprechen von einer Chance, noch mal neu anzufangen. Auch die Einschätzung, den Anforderungen der nächsten Zeit gut gewachsen zu sein, wird von diesen Frauen häufiger getroffen. Einhellig

gaben die meisten der Teilnehmerinnen in beiden Gruppen an, dass ihnen das Ereignis schon sehr weit weg vorkäme. Mit dem Schwangerschaftsabbruch schon abgeschlossen zu haben, glauben jedoch deutlich mehr Frauen nach medikamentöser Methode ($p=0,050$). Die überwiegende Mehrheit aller Teilnehmerinnen ist sich vier Wochen nach dem Abbruch sicher, die richtige Entscheidung getroffen zu haben. Jedoch wird auch diese Einschätzung von den Mifepriston-Anwenderinnen signifikant häufiger getroffen ($p=0,008$). Welchen Anteil an den positiveren Aussagen eine früher abgeschlossene Verarbeitung des Abbruchs nach Mifepriston hat, wie es die Ergebnisse von HADS und IES nahe legen; oder ob die im Fragebogen nach Cozzarelli beschriebene optimistischere Grundhaltung dieser Frauen eine wesentlichere Rolle dabei spielt, kann allein mit den Resultaten unserer Studie nicht sicher beantwortet werden. In der Rubrik der Kommentare beschreiben die Teilnehmerinnen der Studie einhellig die angewandten Methoden als sicher, unter den Frauen der chirurgischen Gruppe 100 % und unter den Anwenderinnen von Mifepriston 93,2 %. Fragen nach mit der Durchführung verbundenem Stress, Zeitaufwand und zu aktiver Beteiligung werden nur lückenhaft beantwortet, diese Themen scheinen für die Frauen nicht so sehr im Vordergrund zu stehen. Zufrieden mit der chirurgischen Methode sind 100 % (!) der Anwenderinnen, 98,2 % würden sie weiterempfehlen. Insgesamt etwas weniger, aber immer noch außerordentlich überzeugend sind 92,4 % der Mifepriston-Anwenderinnen mit ihrer Behandlungsmethode zufrieden, 89,2 % würden sie weiterempfehlen.

4.7 Zukünftige Methodenpräferenz

Bei der Frage nach der gewählten Methode in einer hypothetischen Zukunftssituation geben nach den insgesamt höheren Raten von Zufriedenheit und Weiterempfehlung überraschend nur 62,9 % der Frauen dieser Gruppe an, auch in Zukunft wieder auf die chirurgische Methode zurückgreifen zu wollen. 11,4 % würden dann Mifepriston bevorzugen; 25,7 % sind unentschlossen. Unter den Mifepriston-Anwenderinnen würden sich auch zukünftig 80,3 % wieder für dieses Verfahren entscheiden; 8,2 % würden ein chirurgisches Verfahren vorziehen; 11,6 % sind unentschlossen. Werden jedoch diejenigen Frauen aus den Berechnungen ausgeschlossen, die den instrumentellen Abbruch wegen eines schon fortgeschrittenen Gestationsalters wählen mussten und sonst Mifepriston bevorzugt hätten, sind es mit 76,9 % ein ähnlich hoher Anteil an Frauen, die ihrer chirurgischen Methode treu bleiben wie in der medikamentösen Vergleichsgruppe. Doch auch in dieser bereinigten Berechnung bleibt mit 19,2 % ein größerer Anteil von Anwenderinnen des chirurgischen Abbruchs unentschlossen als in der Vergleichsgruppe mit 11,6 % unentschlossenen

Mifepriston-Anwenderinnen. Viele der Gründe, welche die Frauen im Vorfeld genannt haben, um ihre Auswahl einer Methode genauer zu erklären, werden auch bei der Frage nach den Begründungen für eine zukünftige Methodenpräferenz wieder angeführt. Für die meisten der Teilnehmerinnen haben sich die Erwartungen an die Methode bestätigt und erfüllt. Mifepriston wird weiterhin mit Sanftheit, Natürlichkeit und körperlicher Unversehrtheit sowie einer aktiven Form der psychischen Bearbeitung in Verbindung gebracht. „*Ich habe den Prozess irgendwie durchlebt*“ (Nr. 157) und „*konnte selbst handeln*“ (Nr. 121). Einige wenige Frauen können diese positiven Erfahrungen jedoch nicht teilen und fühlten sich durch starke Blutungen und „*körperliche Reaktionen voll in Anspruch genommen*“ (Nr. 212). Und dennoch beschließt eine Mifepriston-Anwenderin, bei der eine Nachkürettage erforderlich wurde, einen langen Brief über ihre Erfahrungen mit „*ich würde die Tabletten jedoch immer noch einer chirurgischen Methode vorziehen*“ (Nr. 21). Für die chirurgische Variante würden sich Frauen vor allem aus Zufriedenheit wieder entscheiden, „weil es schnell und schmerzlos war und ich mich sicher gefühlt habe“ (Nr. 218) und „weil der Eingriff selbst so unproblematisch war, dass er mich nicht beeinträchtigt hat und mir die psychische Verarbeitung dadurch sehr erleichtert wurde“ (Nr. 189). Viele der bezüglich zukünftiger Methoden unentschlossenen Frauen geben an, dass „eine erneute Abtreibung für mich nicht mehr in Frage kommen“ (Nr. 83) würde und wehren sich vehement gegen die Vorstellung eines erneuten Schwangerschaftsabbruches. Dieses Verhalten ist auch bei Barnett [57] beschrieben, wo etwa die Hälfte aller befragten Frauen ein Jahr nach dem Ereignis einen zukünftigen Abbruch ablehnen würde. Interessant ist die Analyse der Angaben von Frauen, die früher schon einmal einen chirurgischen Abbruch und jetzt einen medikamentösen Abbruch erlebt haben und also beide Verfahren unmittelbar miteinander vergleichen können. 83,7 % von ihnen würden wieder Mifepriston wählen, 9,3 % beim dritten Mal wieder auf ein chirurgisches Verfahren zurückgreifen. „Ich hatte mit 16 bereits einen chirurgischen Schwangerschaftsabbruch unter Vollnarkose, jetzt – sieben Jahre später, empfinde ich einen bewussteren, medikamentösen Abbruch angemessener“ (Nr. 60). Zusammenfassend bestätigt sich die in anderen Studien von Slade, Holmgren oder Henshaw getroffene Aussage, dass die Frauen überwiegend auf die vertraute Methode zurückgreifen würden.

4.8 Zufriedenheit mit der Betreuung

Die Zufriedenheit mit der erfahrenen Betreuung erreicht für beide Methoden sehr hohe Werte. Im Mittel vergaben die Anwenderinnen der chirurgischen Methode 9,5 von maximal 10 Punkten, die Mifepriston-Anwenderinnen 8,6 Punkte. Dieser Unterschied erreicht

Signifikanzniveau. Allerdings wird bei einer genauen Auflistung der jeweils vergebenen Punkte deutlich, dass diese im Mittelwert signifikant höhere Zufriedenheit vor allem auf die wesentlich breiter gestreuten Angaben der Frauen aus der medikamentösen Vergleichsgruppe zurückzuführen ist. Da die Anwenderinnen beider Verfahren vom jeweils identischen medizinischen Personal betreut wurden, kann dieser Unterschied neben individuell unterschiedlichen Begegnungen auch ein Ausdruck der hohen Anspruchshaltung der Mifepriston-Anwenderinnen sein. Wie auch schon bei der Einschätzung der Unterstützung durch das soziale Umfeld gezeigt, haben Anwenderinnen der medikamentösen Methode oft sehr konkrete Vorstellungen von einer angemessenen Betreuung. Die Frauen registrieren einerseits die ihnen entgegengebrachte Aufmerksamkeit oft sehr genau und analysieren in ihrer Unsicherheit im Umgang mit der unbekannten Situation viele Kontakte mit dem medizinischen Personal auch auf missbilligende Untertöne hin. Nicht selten sind in der Vergangenheit sehr verletzende Erfahrungen gemacht worden, die auch nach Jahren sehr präsent sein können. Andererseits wird auch eine herzliche Behandlung sehr geschätzt und in positiver Erinnerung behalten. Viele Frauen haben auf den zurückgesandten Fragebögen ihre Dankbarkeit für die gute Betreuung betont. Die hohe Zufriedenheit mit der erlebten Betreuung unter den Teilnehmerinnen, unabhängig von der Methode, würdigt eindrücklich den persönlichen Einsatz aller Beteiligten der verschiedenen Institutionen, um die von den Frauen gefällte Entscheidung unvoreingenommen und stützend mitzutragen.

4.9 Limitierungen im Studiendesign

Ein Hauptproblem des Studiendesigns im Hinblick auf erhöhte Selektionsbias und Verfälschung der Resultate ist neben dem Aspekt einer aus ethischen Erwägungen nicht durchgeführten Randomisierung auch die geringere Fallzahl in der chirurgischen Gruppe. Da die beteiligten Einrichtungen im Erhebungszeitraum quasi die einzigen Anbieter eines medikamentösen Schwangerschaftsabbruches in Berlin und Lübeck waren, fanden sie auch regen Zulauf von Frauen, die diese Methode explizit wünschten und nach einem Anbieter gesucht hatten. Diese Frauen für eine Teilnahme an unserer Studie zu gewinnen, bedurfte oft keiner größeren Überzeugungsarbeit. Auch logistisch war das Austeilen und Einsammeln der Fragebögen hier weniger problematisch, weil die Frauen ja oft und lange in den Einrichtungen verweilen mussten. An die Frauen mit instrumentellem Schwangerschaftsabbruch heranzutreten, gestaltete sich hingegen weitaus schwieriger. Zum einen wurde sich in einigen Einrichtungen auf die medikamentöse Methode konzentriert, um dem Bedarf gerecht werden zu können. Zum anderen sollten die Anwenderinnen der chirurgischen Methode idealerweise

vor dem Erreichen der Ausschlussfrist für Mifepriston von 49 Tagen post menstruationem angesprochen werden, um eine absolute Auswahlfreiheit für die Teilnehmerinnen zu garantieren. Häufig werden jene Frauen aber erst nach Ablauf dieser Frist aus anderen Praxen zum Operateur überwiesen, so dass man an viele Frauen noch gar nicht herantreten konnte, um die Befragung in ähnlich frühen Schwangerschaftswochen durchzuführen wie bei den Mifepriston-Anwenderinnen. Fraglich bleibt, ob in einer etwas weiter fortgeschrittenen Schwangerschaft eine bereits gefestigtere emotionale Bindung zu dem Ungeborenen und damit auch eine Verschärfung des Konfliktes existieren könnte, der sich wiederum in erhöhter Angst und Depression bei diesen Frauen niederschlagen würde. Auch wurde sorgfältig zu erheben versucht, ob diese Frauen statt der instrumentellen Methode ein medikamentöses Verfahren vorgezogen hätten, wenn die zeitlichen Rahmenbedingungen es Ihnen gestattet hätten. Die große Mehrheit der Frauen der chirurgischen Gruppe verneinte dieses jedoch. Auch kann davon ausgegangen werden, dass eine große Mehrheit der Frauen den Entschluss zum Abbruch ähnlich früh treffen wie die Frauen der medikamentösen Vergleichsgruppe, dann bis zum chirurgischen Eingriff jedoch etwas Zeit verstreichen lassen, weil dieser häufig erst in der 7.- 10. Schwangerschaftswoche durchgeführt wird. Wir verzichteten trotz geringerer Fallzahl auf die Einbindung weiterer Einrichtungen, welche lediglich einen instrumentellen Eingriff anbieten konnten. Dieses hätte sonst eine andere Art von Selektionsbias bezüglich der weiter diversifizierten Betreuungsstandards und der nicht gewährleisteten Methodenauswahl aufgrund der institutionellen Limitierung provoziert. Bei Henshaw [72] (1993), der die bisher einzige Arbeit mit einer randomisierten Zuordnung beider Methoden durchgeführt hat, wird sehr gut belegt, dass auch Frauen mit nicht selbst ausgewählter Methode bis zum 49. Tag post menstruationem von beiden Arten der Behandlung in gleichem Maße profitieren wie Frauen mit selbst gewähltem Procedere. Dieses widerlegt den oft gemachten Vorwurf der Selektionsbias, bei dem eine Objektivität des Methodenvergleichs angezweifelt wird, wenn sich die Frauen durch selbst getroffene Auswahl einer Methode stärker mit dieser identifizieren und sie dann möglicherweise beschönigt wahrnehmen. Diesem Vorwurf kann jedoch auch entgegengehalten werden, dass neben dem ethischen Dilemma einer willkürlichen Methodenzuordnung in einer psychischen Grenzsituation wie dem Schwangerschaftsabbruch alleinig im Dienste einer möglichst unverfälschten Effizienzbeurteilung auch die Frage zu stellen ist, inwieweit eine persönliche Identifikation der Anwenderinnen mit „ihrer“ jeweiligen Methode nicht auch als elementarer Baustein für eine positive emotionale Bearbeitung des Erlebnisses genutzt werden kann. Auch bleibt zu diskutieren, ob sich der mögliche Einfluss einer jeweiligen Selektionsbias durch

Methodenfavorisierung nicht gegenseitig aufhebt, wenn im Idealfall jede Frau zwischen beiden Methoden wählen kann.

4.10 Schlusswort

Die moralische Debatte um den Schwangerschaftsabbruch an sich kreist seit Jahrzehnten global um die Frage einer höheren Wertigkeit des Embryos auf Lebensrecht oder der Frau auf die Selbstbestimmung ihrer Reproduktion. Letztendlich haben sich in vielen Ländern die Frauen mit ihrer Forderung nach Entscheidungshoheit durchgesetzt. Aktuelle Daten aus diesen Ländern über die Anzahl durchgeführter Schwangerschaftsabbrüche belegen, dass Frauen durchaus verantwortungsvoll mit diesem Recht umzugehen wissen. Nach der Einführung der Pille zur Kontrazeption und der Liberalisierung im Abtreibungsrecht in vielen Ländern ist der weltweit zunehmende Einsatz der medikamentösen Methode mit Mifepriston als Alternative zum chirurgischen Schwangerschaftsabbruch eine nächste Erweiterung dieser Entscheidungshoheit der Frauen, ihre Fruchtbarkeit selbst zu kontrollieren. Vielleicht wird sie auch deshalb so kritisch beäugt und leidenschaftlich diskutiert. Die Frauen können nunmehr nicht nur entscheiden, ob und wann sie Kinder bekommen möchten und im Ernstfall auch eine unerwünschte Schwangerschaft beenden, sondern auch entscheiden, auf welchem Wege und in welchem Maße sie in die Durchführung einer Schwangerschaftsbeendigung eingebunden werden möchten. Wie immer bei einer Einführung neuer Methoden müssen deren Benefit und Nachteile sorgfältig gegeneinander abgewogen werden. Über die Effektivität des medikamentösen Schwangerschaftsabbruches als sicheres medizinisches Verfahren und gesundheitlich unbedenklicher Alternative zum konventionellen chirurgischen Abbruch gibt es nach zahllosen Publikationen keine Zweifel. Bei einem so einschneidenden und oft auch prägenden Lebensereignis für Frauen und Paare müssen jedoch die Unterschiede alter und neuer Methoden auch bezüglich ihrer psychischen Auswirkungen Konflikt beachtet werden. Es gibt zweifellos eine erhöhte psychische Belastung in einer Ausnahmesituation, wie sie die Auseinandersetzung mit einer Schwangerschaft und die letztendliche Entscheidung dagegen darstellt. Der Schwangerschaftskonflikt und der anschließende Abbruch sind subjektiv schwer zu verarbeiten, so dass Abwehrmechanismen wie Rationalisierung, Intellektualisierung, Verschiebung, Ungeschehenmachen, Projektion oder Pseudoanpassung eine wichtige Bedeutung zukommt. Sie helfen den betroffenen Frauen, mit dieser Situation aktuell fertigzuwerden, die von ihrer inneren Bedeutung her immens zerreißen und belastend sein kann. Dieses Nichtwahrnehmen belastender Realitätsausschnitte als erste Reaktion verleugnet jedoch das Kind und die Beziehung zu ihm wie auch die Tötung und die damit verbundenen

Gefühle von Trauer, Wut, Schmerz und Schuld. So wird zunächst eine seelische Destabilisierung verhindert. Für die sich in einem nächsten Schritt anschließende Verarbeitung und deren Tiefe ist jedoch das Maß der zugelassenen Beziehung zum abgetriebenen Kind von eminenter Bedeutung. [60] In diesem Zusammenhang soll noch einmal an Petersen [65] und sein Modell der vier Dimensionen des Erlebens eines Schwangerschaftsabbruches erinnert werden. Er spricht von einer reifen und dauerhaften Verarbeitung des Erlebnisses, wenn die Frauen nach einem Trauerprozess einen Weg zu innerer Ruhe und neuer Selbstsicherheit finden können, indem sie ihre individuelle Verantwortung sehen und tragen lernen. Wenn die Frauen in der Lage sind, eine tiefere Beziehung zu den Umständen und zum Kind aufzunehmen, kann eine wirkliche Bewältigung vollzogen werden. Besonders vor diesem Hintergrund kommt der selbstständigen und aufgeklärten Auswahl zwischen verschiedenen Verfahren und einer Entscheidung für diejenige Methode, mit deren Ansatz sich die betroffene Frau besser identifizieren kann, eine außerordentliche Bedeutung zu. Es wurde in der vorliegenden Arbeit unter anderem auch versucht herauszuarbeiten, dass für Frauen mit bestimmten charakterlichen Prägungen diejenige Methode geeigneter sein kann, die mit diesen Persönlichkeitseigenschaften besser korrespondiert. So kann nicht nur die medikamentöse Methode für manche Frauen weniger geeignet sein, wie ja oft ins Zentrum der öffentlichen Debatte gerückt, sondern es kann ganz klar auch die konventionelle chirurgische Methode für nicht wenige Frauen die Methode mit dem geringeren Benefit sein. Somit sollte das neue medikamentöse Verfahren in der Zukunft nicht lediglich als eine zusätzliche Option gehandelt werden, sondern eine gleichberechtigte Möglichkeit sein, die es abzuwägen gilt. Es wäre zynisch, darauf warten zu wollen, dass die Frauen, welche sich in der akuten Konfliktsituation befinden, selbst ihr Recht auf den Zugang zu dieser neuen Methode verstärkt einfordern werden. Es gibt keine generell bessere oder schlechtere Methode. Unterschiedliche Frauen haben jeweils ganz persönliche Kriterien, sich für die eine oder andere Variante zu entscheiden. Die zahllosen Anmerkungen, Gedanken und Kommentare der Teilnehmerinnen zeigen, dass betroffene Frauen im Vorfeld durchaus sehr genau für sich entscheiden können, welche Methode für sie selbst die geeignetere sein kann. Die im Nachhinein angegebenen überaus hohen Zufriedenheitswerte für beide Verfahren belegen dies sehr deutlich. Deshalb ist es mir wichtig zu betonen, dass Frauen, die sich selbst für eine von ihnen favorisierte Art des Schwangerschaftsabbruches entscheiden können, eine bessere Ausgangssituation haben, eine wirkliche Bewältigung zu vollziehen und dieses Ereignis auf ihre persönliche Art und Weise in ihren weiteren Lebensweg zu integrieren. Unsere Aufgabe als medizinisches Personal sollte es sein, Frauen in einer schwierigen

Lebenssituation nach bestem Wissen und Gewissen bei ihrer getroffenen Entscheidung zu unterstützen. Und nicht, ideologisch und pekuniär motivierte Grabenkämpfe auf Kosten der betroffenen Frauen auszutragen. Die sehr positive Resonanz bei den Teilnehmerinnen unserer Studie unterstreicht die Notwendigkeit einer Aufrechterhaltung der Auswahlmöglichkeit zwischen verschiedenen Methoden zur Schwangerschaftsbeendigung und eine Verbesserung der Zugänglichkeit zu Mifegyne® in Deutschland.

5 Zusammenfassung

Seit der Zulassung von Mifepriston in Deutschland haben Frauen nicht nur erstmals Zugang zu einer neuen, medikamentösen Art des Schwangerschaftsabbruches, die keine chirurgische Intervention erforderlich macht, sondern auch die Möglichkeit einer Auswahl zwischen verschiedenen Verfahren. Beide Methoden unterscheiden sich nicht nur im Anwendungsprotokoll erheblich voneinander, sondern beziehen die Frauen auch in sehr unterschiedlichem Maße in den Behandlungsprozess selbst ein. Die vorliegende Arbeit hat untersucht, ob dieser andere Grad der Partizipation zu unterschiedlichen Strategien in der emotionalen Verarbeitung des Lebensereignisses Schwangerschaftsabbruch führt und sich das Ausmaß psychischer Belastung vor und nach der Anwendung beider Methoden unterscheidet. Im Weiteren widmete sich die Studie der Untersuchung des Entscheidungsprozesses und der Auswahlkriterien, der Durchführung und der physischen Wirkungen sowie der abschließenden Bewertung durch die Anwenderinnen und der Akzeptanz beider Methoden.

Studiendesign

Die Arbeit ist als prospektive, nicht randomisierte Fall-Kontroll-Studie angelegt.

Material und Methoden

In verschiedenen gynäkologischen Praxen wurden Frauen vor einem chirurgischen oder medikamentösen Schwangerschaftsabbruch um Teilnahme an der Studie gebeten, den ersten Teil der Befragung füllten die Frauen unmittelbar vor dem Eingriff aus, einen zweiten vier Wochen danach. Neben selbst entwickelten Fragestellungen wurden die Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), die Impact of Event Scale (IES) sowie der Coping-Fragebogen nach Cozzarelli verwendet.

Einschlusskriterien

Abbruch einer Schwangerschaft nach Beratungsregelung (§218 und § 219 StGB)

Ausschlusskriterien

Schwangerschaftsabbruch aus kriminologischer (§218a Absatz 3 StGB), genetischer oder medizinischer (§218a Absatz 2 StGB) Indikation. Bekannte psychiatrischen Vorerkrankung oder unzureichende Kenntnissen der deutschen Sprache. Medizinische Kontraindikationen für die Anwendung von Mifepriston

Ergebnisse

Die Auswertung der Befragung zeigt keine Unterschiede zwischen den Anwenderinnen beider Methoden bezüglich der erhobenen **demographischen Angaben** wie Alter, Familienstand, Bildungsstatus, Tätigkeit, Religion sowie der reproduktiven Biographie. Unter den Frauen mit chirurgischem Verfahren klingt signifikant häufiger eine Unsicherheit in der Entscheidung gegen die Schwangerschaft an. Diese Gruppe involviert auch deutlich öfter professionelle Beratungseinrichtungen in den **Entscheidungsprozess**. Das Ausmaß der Einbindung von nahestehenden Personen ist bei beiden Methoden ähnlich. Etwa die Hälfte der Frauen entscheidet vornehmlich selbst, in einer Ehe oder festen Beziehung wird überwiegend der Partner hinzugezogen. Bei den **Beweggründen** für einen Abbruch der Schwangerschaft dominieren in beiden Gruppen finanzielle Aspekte und berufliche Anforderungen. Andere Begründungen wie Probleme in der Paarbeziehung, Ausbildung oder Alter spielen eine weitaus geringere Rolle. Für die übergroße Mehrheit aller kinderlosen Teilnehmerinnen ist der Aufbau einer Familie zu einem späteren Zeitpunkt fester Bestandteil der Lebensplanung. Die **Auswahl der Methode** ist deutlich von der Entscheidung gegen die Schwangerschaft abgekoppelt und zeitlich nachgestellt. Frauen entscheiden sich für die medikamentöse Methode vor allem, weil sie um Vermeidung von Invasivität in Form von Narkose und Operation bemüht sind und einen instrumentellen Eingriff oft als Verletzung ihrer Intimsphäre wahrnehmen. Sie legen explizit Wert auf selbstbestimmtes Entscheiden, körperliche Autonomie und bewusste Übernahme der Kontrolle und Verantwortung auch für die Durchführung des Abbruchs selbst. So wird auch die Auswahl der Methode in dieser Gruppe signifikant häufiger als vom Arzt wenig beeinflusste Entscheidung beschrieben. Die chirurgische Methode wird gewählt, um sich dem physischen Teil des Abbruchs ganz bewusst entziehen zu können und dadurch Sicherheit zu gewinnen, weil die Durchführung einer fachkundigen und kontrollierenden Instanz überlassen werden kann. Die lange Erfahrung im Umgang mit diesem Verfahren wird hoch geschätzt wie auch der geringere Zeitaufwand. Viele Frauen geben an, vor den physischen wie psychischen Wirkungen eines medikamentösen Abbruchs zurückzuschrecken. Ungeachtet dessen wird die Möglichkeit der

Wahl zwischen mehreren Methoden von den Anwenderinnen beider Verfahren als überaus wichtig erachtet. Keine wesentlichen Unterschiede gibt es im Hinblick auf die **soziale Unterstützung** durch nahestehende Personen. Eine ausdrückliche Ablehnung des Schwangerschaftsabbruches durch den Partner ist nur in seltenen Fällen beschrieben, die große Mehrheit der Partner trägt die Entscheidung mit. Signifikant häufiger entziehen sich Partner in der chirurgischen Gruppe dem Entscheidungs- und Durchführungsprozess. Oft werden enge Freunde eingeweiht, Familienangehörige weitaus weniger. Es überwiegt eine große Zufriedenheit mit der erhaltenen Unterstützung, die des Partners wird häufiger kritisch beurteilt. Nur eine kleine Zahl von Teilnehmerinnen vertrauen sich niemandem an. In der Hälfte aller Fälle werden die Frauen zum Abbruch begleitet, signifikant häufiger wünschen Mifepriston-Anwenderinnen keinerlei Begleitung. Bei der medikamentösen Methode mit Mifepriston sind die auftretenden **Blutungen und Schmerzen** signifikant stärker als in der chirurgischen Vergleichsgruppe. Mifepriston-Anwenderinnen mit Geburtserfahrung bewerten diese Schmerzen jedoch signifikant niedriger als Frauen ohne Geburtserlebnis. Im Vorfeld werden Blutungsstärke und Blutungsdauer von den Anwenderinnen des medikamentösen Verfahrens häufig unterschätzt, was auf noch vorhandene Defizite in der Beratung des medizinischen Personals hinweist. Auch gibt es bei diesem Verfahren, durch den Einsatz von Prostaglandin bedingt, signifikant mehr **Nebenwirkungen**, die jedoch gut toleriert werden. Die unmittelbare **emotionale Verarbeitung** des Schwangerschaftsabbruches ist bei beiden Verfahren gut. Auf Grundlage der **HADS** ermittelt, zeigen im Vorfeld des Eingriffs deutlich mehr Frauen vor chirurgischem Verfahren ein klinisch relevantes Ausmaß von Angst als in der medikamentösen Vergleichsgruppe. Dieser Unterschied tritt bei einem Vergleich der im Vorfeld erhobenen Depressionswerte nicht auf. Vier Wochen nach dem Eingriff sind bei den Anwenderinnen beider Verfahren die Ausgangswerte sowohl für Angst als auch für Depression jeweils signifikant gefallen. Nur noch eine Minderheit von Frauen, nicht größer als auch in einer Normalpopulation vertreten, zeigt auffällig erhöhte Werte. Frauen nach medikamentösem Eingriff schneiden sowohl für Angst als auch Depression etwas besser ab. Diese Unterschiede zwischen den Gruppen, die das Signifikanzniveau jedoch verfehlen, lassen sich auch bei den Mittelwertberechnungen der HADS-Rohdaten reproduzieren. Frauen, die im Vorfeld des Eingriffs Anzeichen klinisch relevanter Angst oder Depression boten, schätzten auch ihre eigenen, mittels des Self-Efficacy-Index von Cozzarelli erhobenen, Coping-Ressourcen schlechter ein als Teilnehmerinnen mit normalen Werten. Die Auswertung der Daten des **IES**-Fragebogens aus der Traumaforschung ergibt unter den Anwenderinnen der chirurgischen Methode signifikant häufiger Anzeichen von Intrusion wie

ungewollte Präsenz des Ereignisses im Alltag und in Träumen. Auch eine Vermeidungshaltung ist bei diesen Frauen signifikant häufiger zu beobachten als in der medikamentösen Vergleichsgruppe. Unabhängig von der Methode bewerten über die Hälfte aller Frauen den Schwangerschaftsabbruch im Nachhinein als ein Lebensereignis, dass sie eher in positiver Erinnerung behalten werden. Ein Viertel der Teilnehmerinnen kommt zu einer negativ geprägten Gesamteinschätzung. Zum Zeitpunkt vier Wochen nach dem Eingriff beschreiben deutlich mehr Frauen nach medikamentöser Methode das Gefühl, mit dem Ereignis des Abbruchs bereits abgeschlossen zu haben und den Anforderungen der nächsten Zeit gegenüber gut gewappnet zu sein. Die Teilnehmerinnen beschreiben die Methoden fast ausnahmslos als sicher und würden die von ihnen gewählte Methode weiterempfehlen. Bei einem eventuellen erneuten Schwangerschaftsabbruch würden Frauen überwiegend ihre jetzt angewandte Methode erneut bevorzugen. Frauen, die nun beide Methoden aus eigener Erfahrung kennen, würden nur selten wieder auf ein chirurgisches Verfahren zurückgreifen wollen. Bei beiden Methoden gaben die Frauen eine hohe Zufriedenheit mit Ablauf und Betreuung an.

Diskussion

Die Auswertungen dieser Arbeit belegen, dass sich die meisten Frauen unmittelbar nach dem Schwangerschaftsabbruch emotional stabilisieren. Es kann jedoch mit der vorliegenden Studie keine Aussage über eine langfristige psychologische Verarbeitung getroffen werden. Die Methode scheint keinen vordringlichen Einfluss auf das Ausmaß der psychischen Stabilisierung auszuüben, solange diese Methode von den Frauen selbst ausgewählt werden kann und sie sich so mit ihr identifizieren. Die vorliegende Arbeit gibt Hinweise auf einen möglicherweise schneller abgeschlossenen Prozess der unmittelbaren psychischen Bearbeitung des Lebensereignisses Schwangerschaftsabbruch beim Einsatz des medikamentösen Verfahrens, weil bei dieser Methode die frühe Auseinandersetzung mit dem Abbruch durch eine aktive Partizipation der Frau angeregt wird. Weitere Untersuchungen zum Thema, gerade auch in Deutschland, können diesen Ansatz weiterverfolgen. Unsere Ergebnisse bestätigen in jedem Fall die These anderer internationaler Arbeiten, dass der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch für die emotionale Verarbeitung kein potenziell größeres Risiko birgt als der konventionelle chirurgische Abbruch.

Hinweise für die Praxis

1. Bei Frühschwangerschaften sollte beim Beratungsgespräch die Möglichkeit des medikamentösen Schwangerschaftsabbruches mit Mifepriston als mögliche Alternative angeboten werden.
2. Dabei muss ausführlich auf unterschiedliche Anforderungen und Chancen bei Durchführung und emotionaler Bearbeitung hingewiesen werden.
3. Die Frauen können bei einer ausführlichen Darstellung der Vorzüge und Nachteile beider Methoden mehrheitlich sehr gut die für sie geeignetere Methode erkennen.
4. Identifikation mit der gewählten Methode ist von eminenter Bedeutung für eine gelungene psychische Bearbeitung.
5. Blutungen und Schmerzen beim medikamentösen Schwangerschaftsabbruch werden nach vorheriger Aufklärung in der Regel gut verkraftet.
6. Der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch mit Mifepriston birgt kein potenziell größeres Risiko für die unmittelbare emotionale Verarbeitung als der konventionelle chirurgische Abbruch.

Anhang

5.1 Fragebögen

5.1.1 Anschreiben

Chefarzt der DRK Frauenklinik: Prof. Dr. med. H. Kentenich

Telefon: (030) 3035-4405

Telefax: (030) 3035-4409

E-Mail: drkfrauenklinik@gmx.de

Internet: <http://www.drk-kliniken-blm.de>

Patienteninformation

Berlin, im November 1999

Liebe Patientin !

Wir wissen, dass Sie sich momentan in einer sehr schwierigen Situation befinden, in der Sie sich ohnehin schon mit vielen Dingen beschäftigen und Entscheidungen treffen müssen, die mit einem Schwangerschaftsabbruch zu tun haben.

Da es aber unser Wunsch ist, die Betreuung für Frauen in Ihrer Situation zu verbessern, würden wir Sie gern zur Teilnahme an einer Studie einladen.

Sicher haben Sie davon gehört, dass es in Deutschland neben der bisher verwendeten chirurgischen Methode (Absaugung/ Ausschabung unter Narkose) nunmehr die weitere Möglichkeit gibt, eine Schwangerschaft mittels Tabletteneinnahme (RU 486) zu beenden. möchten wir in Berlin in Zusammenarbeit mit verschiedenen frauenärztlichen Praxen und Beratungszentren eine Studie durchführen.

Diese soll die Vorteile und Nachteile der verschiedenen Verfahren zur Schwangerschaftsunterbrechung aus der Sicht der Patientinnen genauer beleuchten. Dazu haben wir Fragebögen entwickelt, die zu zwei verschiedenen Zeitpunkten auszufüllen sind.

Der **erste vor dem Eingriff**, den Sie dann bitte gleich abgeben.

Der **zweite Fragebogen soll vier Wochen nach** der Schwangerschaftsunterbrechung ausgefüllt werden und dann wieder in der Praxis abgegeben oder mit der Post an uns zurückgesandt werden.

Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie sich zur Teilnahme an unserer Studie entschließen könnten. Uns hilft Ihre Mitarbeit, für jede Frau das geeignete Verfahren zu finden und die Methoden und Beratung weiter verbessern zu können.

Auf den Fragebögen wird statt Ihres Namens eine Codierung verwendet und Ihre Antworten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gerne telefonisch oder per e-mail an uns wenden (Anke Hemmerling: 030/ 44 876 40 oder hemmerling@yahoo.com).

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit !

Prof. Dr. H. Kentenich Dr. Julia Wahle Dr. Friederike Siedentopf Anke Hemmerling

Abbildung 7: Anschreiben

5.1.2 Einverständniserklärung

Datum :

--	--	--	--	--	--

Praxis :

Name :
Anschrift :

Telefonnummer :

Codierung (Ihre Initialen und Geburtsdatum, z.B. AH 25.10.71)

Einverständniserklärung

Ich bin über den Inhalt und die Zielstellung der Studie informiert und aufgeklärt worden.

Alle meine Fragen dazu sind beantwortet.

Die Fragebögen werden in anonymisierter Form verwendet
und meine Antworten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, an der Studie teilzunehmen.

.....

Ort und Datum

.....
Unterschrift

Abbildung 8: Einverständniserklärung

5.1.3 Arztangaben

Ausschlusskriterien für Teilnehmerinnen der Studie

Abruptio aus kriminologischer, genetischer oder medizinischer Indikation
Psychiatrische Anamnese
unzureichende Kenntnisse der deutschen Sprache

Datum :

--	--	--	--	--	--

Praxis :

Angaben der Ärztin/ des Arztes

Name der Patientin :

Anschrift :

Telefonnummer :

Codierung

(Initialen und Geburtsdatum der Patientin, z.B. AH 25.10.71)

.....

Letzte Regelblutung:

--	--	--	--	--	--

Tag des Eingriffs :

--	--	--	--	--	--

Gestationsalter in Wochen (z.B. 6/3):

--	--	--

Partus

--

Abruptio (vorherige)

--

Abort

--

Vor der Beratung hatte die Patientin den Wunsch nach folgender Methode

Chirurgische Methode (Ausschabung/Absaugung unter Vollnarkose)

Chirurgischen Methode (Ausschabung/Absaugung unter Lokalanästhesie)

Medikamentöse Methode mit Mifegyne

Patientin war unentschlossen

Nach Abschluss der Beratung einigten wir uns auf

Chirurgische Methode (Ausschabung/Absaugung unter Vollnarkose)

Chirurgischen Methode (Ausschabung/Absaugung unter Lokalanästhesie)

Medikamentöse Methode mit Mifegyne

Konnte die Patientin die Methode wählen?

Ja

Nein

Ausschlusskriterium für Mifegyne,

welches :

Bei **Chirurgischer Methode** auszufüllen :

Art der Narkose :

Vollnarkose

Lokalanästhesie

Besonderheiten intraoperativ :

starke Blutungen

Verletzungen (Genitaltrauma, Endometrium etc.)

andere ...

Bei **Medikamentöser Methode** auszufüllen:

Fruchtabgang vor Prostaglandingabe

Fruchtabgang nach Prostaglandingabe

nach Stunden

Besonderheiten:

starke Blutungen

andere

Schmerzmittel intraoperativ/ während der Expulsion:

keine

NSAR

Opioide

Nachkontrolle:

Sonobefund

kompletter Fruchtabgang

inkompletter Fruchtabgang

Nachkürette notwendig ja nein

Postoperativer Schmerzmittelbedarf

keine

NSAR

Opioide

Postoperative Entzündung

ja

nein

Antibiose

ja, welche ?

nein

Dankeschön !

5.1.4 Fragebogen VOR dem Eingriff

Datum :

--	--	--	--	--	--

Praxis :

Codierung (Initialen und Geburtsdatum, z.B. AH 25.10.71)
--

... ..

Staatsangehörigkeit:

Familienstand :

- ledig (Single)
- in fester Partnerschaft
- verheiratet
- getrennt
- geschieden

Ausbildungsstatus :

- keinen Abschluss
- Hauptschulabschluss
- Realschulabschluss
- Abitur
- Fachabitur
- abgeschlossene Berufsausbildung
- abgeschlossenes Fach- oder Hochschulstudium

Derzeit ausgeübte Tätigkeit :

- Arbeiterin
- Angestellte
- Beamtin
- Freier nicht akademischer Beruf
- Akademikerin
- Hausfrau
- Auszubildende
- Studentin
- arbeitslos

Religionszugehörigkeit:

- christlich
- evangelisch
- katholisch
- muslimisch
- andere Religionsgemeinschaft
- keine Religionsgemeinschaft

Der Entschluss zum Schwangerschaftsabbruch war eine Entscheidung, die
von Anfang an feststand
nicht von Anfang an feststand

Haben Sie die Entscheidung (Mehrfachnennungen möglich)
alleine gefällt
zusammen mit meinem Partner getroffen
Familie oder Freunde einbezogen
mit professionellen Beratern besprochen
weitere Personen einbezogen , welche

Warum haben Sie sich zu diesem Schritt entschlossen ? (Mehrfachnennungen möglich)
Ich möchte keine (weiteren) Kinder haben.
Probleme in der Beziehung
keine feste Beziehung
berufliche Gründe
finanzielle Gründe
noch nicht abgeschlossene Ausbildung
Alter
andere Gründe

Haben Sie anderen Personen von Ihrer Situation erzählt ?

	weiß nichts	weiß davon
Partner		
Familie		
gute/r Freund/in		
sonstige		

**Falls Sie anderen Personen von Ihrer Situation erzählt haben,
wie stehen diese zu Ihrer Entscheidung ?**

	unterstützt eher	lehnt eher ab
Partner		
Familie		
gute/r Freund/in		
sonstige		

Hat Sie jemand zur Klinik begleitet ?

Partner
Familie
Freunde
sonstige ...
niemand

Bei der folgenden Frage sehen Sie Linien, an deren Enden zwei gegensätzliche Aussagen stehen. Bitte ordnen Sie Ihre Antwort zwischen diesen beiden Gegenpolen ein, indem Sie einen Strich auf der Linie machen in der Höhe, die Ihrer Situation entspricht.

z.B.:

0
könnte ich
überhaupt nicht
tun

10
könnte ich
ohne weiteres
tun

**Ich glaube heute,
in der nächsten Zeit folgendes tun zu können :**

wie immer meinem gewöhnlichen Tagesablauf nachgehen zu können	0	10
an der Praxis vorbeifahren oder dort einen Termin wahrnehmen zu können	0	10
mit Freunden über die Erfahrung reden zu können	0	10
Fernsehfilm zu sehen oder Zeitungsartikel lesen zu können, die sich mit Abtreibung beschäftigen	0	10
an eine eventuelle zukünftige Schwangerschaft denken zu können, ohne dass es weh tut	0	10
wie bisher sexuelle Beziehungen mit einem Partner haben zu können	0	10
An Babies und Kinder denken zu können, ohne dass es weh tut	0	10
Zeit mit Babies und Kinders verbringen zu können, ohne dass es weh tut	0	10

Konnten Sie die Methode frei wählen?

Ja

Nein

die Schwangerschaft war schon zu
weit fortgeschritten
die andere Methode wäre bei mir zu
risikoreich
die andere wäre ein zu hohe
finanzielle Belastung
andere Gründe ...

Wenn Sie frei wählen könnten, welche Methode würden Sie bevorzugen ?
(bitte entscheiden Sie sich für eine der vier eingerahmten Möglichkeiten)

ich könnte mich nicht zwischen den Methoden entscheiden

ich würde die
Chirurgische Methode mit Absaugung/Ausschabung in VOLLNARKOSE
bevorzugen,
weil : (Mehrfachnennungen möglich)

Der zeitliche Aufwand ist geringer (weniger Arztbesuche).
Es ist eine seit langem eingesetzte und bewährte Methode.
Ich möchte von dem Eingriff so wenig wie möglich mitkriegen.
Ich habe Angst, dass bei der neuen Methode mit RU 486 Komplikationen eintreten könnten, weil sie noch nicht so erforscht ist.
Ich möchte das abgesaugte Gewebe nicht sehen.
Ich habe Angst vor eventuellen Blutungen/Schmerzen bei RU 486.
Diese Methode ist mir von jemandem empfohlen worden.
andere Gründe

ich würde die
Chirurgische Methode mit Absaugung/Ausschabung in LOKALANÄSTHESIE
bevorzugen, weil (Mehrfachnennungen möglich)

Der zeitliche Aufwand ist geringer (weniger Arztbesuche).
Es ist eine seit langem eingesetzte und bewährte Methode.
Ich möchte den Eingriff bewusst erleben.
Ich glaube, so mehr Kontrolle über den Prozess zu haben.
Ich möchte eine Vollnarkose vermeiden.
Ich habe Angst, dass bei der neuen Methode mit RU 486 Komplikationen eintreten könnten, weil sie noch nicht so erforscht ist.
Ich möchte das abgesaugte Gewebe ansehen dürfen.
Ich habe Angst vor eventuellen Blutungen/Schmerzen bei RU 486.
Diese Methode ist mir von jemandem empfohlen worden.
andere Gründe

ich würde die
Medikamentöse Methode mit Tabletten (Mifegyne)
bevorzugen, weil : (Mehrfachnennungen möglich)

Die Methode erscheint mir weniger belastend.
Ich wollte die Narkose und eine „richtige OP“ vermeiden.
Ich glaube, es ist für zukünftige Schwangerschaft besser.
Die Atmosphäre in der Praxis ist weniger technisch.
Die Methode erscheint mir natürlicher für den Körper.
Ich glaube, so mehr Entscheidungsgewalt über meinen Körper zu haben.
Ich möchte den Prozess bewusst erleben
Diese Methode ist mir von jemandem empfohlen worden.
andere

Die Auswahl der Methode war

hauptsächlich meine Entscheidung
eher die Entscheidung des Arztes
gemeinsame Entscheidung vom Arzt und mir

Wie wichtig ist es Ihnen, die Methode wählen zu können ?

gar nicht wichtig
wenig wichtig
mittel
ziemlich wichtig
sehr wichtig

Was fällt Ihnen spontan zu den einzelnen Methoden ein ?

(freie Assoziationen, Phantasien)

Chirurgische Methode

(Ausschabung/Absaugen unter
Vollnarkose oder Lokalanästhesie)

Medikamentöse Methode

mit Tabletten (Mifegyne)

Herzlichen Dank !

VOR dem Eingriff**HADS - D**

Bitte tragen sie ein, wie Sie sich **in der letzten Woche** gefühlt haben.

Überlegen Sie bitte nicht lange, sondern wählen Sie die Antwort aus, die Ihnen auf Anhieb am zutreffendsten erscheint.

Ich fühle mich angespannt oder überreizt meistens oft von Zeit zu Zeit/ gelegentlich überhaupt nicht	Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst fast immer sehr oft manchmal überhaupt nicht
Ich kann mich heute noch so freuen wie früher ganz genau so nicht ganz so sehr nur noch ein wenig kaum oder gar nicht	Ich habe manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend überhaupt nicht gelegentlich ziemlich oft sehr oft
Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte ja, sehr stark ja, aber nicht allzu stark etwas, aber es macht mir keine Sorgen überhaupt nicht	Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren ja, stimmt genau ich kümmere mich nicht so sehr darum, wie ich sollte möglicherweise kümmere ich mich zu wenig darum ich kümmere mich so viel darum wie immer
Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen ja, soviel wie immer nicht mehr ganz so viel inzwischen viel weniger überhaupt nicht	Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein ja, tatsächlich sehr ziemlich nicht sehr überhaupt nicht
Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf einen Großteil der Zeit verhältnismäßig oft von Zeit zu Zeit, aber nicht allzu oft nur gelegentlich/ nie	Ich blicke mit Freude in die Zukunft ja, sehr eher weniger als früher viel weniger als früher kaum bis gar nicht
Ich fühle mich glücklich überhaupt nicht selten manchmal meistens	Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand ja, tatsächlich sehr oft ziemlich oft nicht sehr oft überhaupt nicht
Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen ja, natürlich gewöhnlich schon nicht oft überhaupt nicht	Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio- oder Fernsehsendung freuen oft manchmal eher selten sehr selten

Abbildung 16: Fragebogen vor dem Eingriff – Seite 6

5.1.5 Fragebogen vier Wochen NACH dem Eingriff

Datum :

--	--	--	--	--	--

 Praxis :

Codierung (Ihre Initialen und Geburtsdatum, z.B. AH 25.10.71)
---	--------

Bei den folgenden zwei Fragen sehen Sie Linien, an deren Enden zwei gegensätzliche Aussagen stehen. Bitte ordnen Sie Ihre Antwort zwischen diesen beiden Gegenpolen ein, indem Sie einen Strich auf der Linie machen in der Höhe, die Ihrer Situation entspricht.

z. B. :

0		10
---	--	----

Die Blutungen waren

0		10	
sehr schwach		sehr stark	
			stärker als erwartet
			wie erwartet
			schwächer als erwartet
			weiß nicht

Die Blutungen dauerten etwa Tage an.

Die Schmerzen waren

0		10	
sehr schwach		unerträglich	
			stärker als erwartet
			wie erwartet
			schwächer als erwartet
			weiß nicht

Mussten Sie aufgrund der Blutungen und/oder der Schmerzen Ihren normalen Tagesablauf einschränken ?

gar nicht
 wenig
 mittelmäßig
 ziemlich
 sehr stark

Sind bei Ihnen folgende Beschwerden aufgetreten? (Zutreffendes bitte ankreuzen, Mehrfachnennungen möglich)

Durchfall	Kopfschmerzen
Erbrechen	Bauchschmerzen
Übelkeit	Krämpfe
Spannung in den Brüsten	Kreislaufprobleme
Müdigkeit oder Schwäche	Schwindel
Fieber	Atemnot
Hitzewallungen	Herzklopfen
sonstige	

Haben Sie das Schwangerschaftsgewebe gesehen ?

nein

ja

und es war mir unangenehm, das Gewebe zu sehen

Haben Sie anderen Personen von Ihrer Situation erzählt ?

weiß nichts

weiß davon

Partner

Familie

gute/r Freund/in

sonstige

Falls Sie anderen Personen von Ihrer Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch erzählt haben, sind Sie zufrieden mit der erhaltenen Unterstützung ?

sehr zufrieden

mittel

nicht zufrieden

Partner

Familie

gute/r Freund/in

sonstige

Was hat Sie am meisten belastet ?

bei Chirurgischer Methode

(Ausschabung/Absaugung unter Vollnarkose oder Lokalanästhesie)

die Zeit vor dem Eingriff

der Eingriff selbst

die Zeit nach dem Eingriff

bei Medikamentöser Methode

(mit Tabletten)

die Zeit vor der Tabletteneinnahme

die 48 Stunden zuhause zwischen der Einnahme

von Mifegyne und Prostaglandin

die Stunden nach der Einnahme von

Prostaglandin (Austreibungsphase)

die Zeit danach

Kommentare über die bei Ihnen angewandte Methode

(Mehrfachnennungen möglich, bitte tragen Sie auch eigene Gedanken ein)

Sichere Methode

ja

nein

Stressige Methode

ja

nein

Zu zeitaufwendig (zu viele Arztbesuche)

ja

nein

Zu viele Nebenwirkungen

ja

nein

Zu schmerzhaft

ja

nein

Zu starke Blutungen

ja

nein

Man ist zu aktiv beteiligt

ja

nein

Alles in allem bin ich zufrieden.

ja

nein

Ich könnte die Methode weiterempfehlen.

ja

nein

andere Gedanken

Wie beurteilen Sie den zeitlichen Abstand zwischen Ihrer Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch und dem Eingriff ?

zu kurz
ausreichend
zu lang

Wie würden Sie zusammenfassend auf die letzten Wochen zurückblicken ?

<p>Alles in allem war es eher eine positive Erfahrung. Warum ? (Mehrfachnennungen möglich)</p> <p>Es war eine wichtige Erfahrung. Ich fühle mich persönlich gereift. Es hat mir gezeigt, das ich mit Krisensituationen fertig werden kann. Ich habe Verantwortung für eigenes Handeln übernehmen müssen. Es hat meine Beziehung gefestigt. Ich fühle mich erleichtert. Ich hatte es mir schlimmer vorgestellt. andere Gründe</p>	<p>Alles in allem war es eher eine negative Erfahrung. Warum ? (Mehrfachnennungen möglich)</p> <p>Es war mit großen Schmerzen verbunden. Ich mache mir nun Sorgen über meine künftige Gesundheit. Ich mache mir Sorgen, dass zukünftige Schwangerschaften gefährdet sein könnten. Es war eine sehr traurige Angelegenheit. Ich leide unter Verlust- und Schuldgefühlen. Es hat meine Beziehung beeinträchtigt. Es war viel schlimmer, als ich es mir vorgestellt hatte. andere Gründe ...</p>
--	--

Wenn Sie noch einmal einen solchen Eingriff vor sich hätten, wie würden Sie sich entscheiden ?

wieder für die gleiche Methode, nämlich
 medikamentöse Methode (Tabletten)
 chirurgische Methode in Lokalanästhesie
 chirurgische Methode in Vollnarkose
 für eine andere Methode, nämlich
 medikamentöse Methode (Tabletten)
 chirurgische Methode in Lokalanästhesie
 chirurgische Methode in Vollnarkose
 ich weiß nicht

Warum würden Sie sich so entscheiden ?

Wie würden Sie Ihre Zufriedenheit mit der Betreuung in der Praxis/ im Behandlungszentrums einschätzen ?

0
ich war
gar nicht
zufrieden

10
ich war
sehr
zufrieden

Herzlichen Dank !

Vier Wochen NACH dem Eingriff**HADS - D**

Bitte tragen sie ein, wie Sie sich **in der letzten Woche** gefühlt haben.

Überlegen Sie bitte nicht lange, sondern wählen Sie die Antwort aus, die Ihnen auf Anhieb am zutreffendsten erscheint.

Ich fühle mich angespannt oder überreizt meistens oft von Zeit zu Zeit/ gelegentlich überhaupt nicht	Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst fast immer sehr oft manchmal überhaupt nicht
Ich kann mich heute noch so freuen wie früher ganz genau so nicht ganz so sehr nur noch ein wenig kaum oder gar nicht	Ich habe manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend überhaupt nicht gelegentlich ziemlich oft sehr oft
Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte ja, sehr stark ja, aber nicht allzu stark etwas, aber es macht mir keine Sorgen überhaupt nicht	Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren ja, stimmt genau ich kümmere mich nicht so sehr darum, wie ich sollte möglicherweise kümmere ich mich zu wenig darum ich kümmere mich so viel darum wie immer
Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen ja, soviel wie immer nicht mehr ganz so viel inzwischen viel weniger überhaupt nicht	Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein ja, tatsächlich sehr ziemlich nicht sehr überhaupt nicht
Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf einen Großteil der Zeit verhältnismäßig oft von Zeit zu Zeit, aber nicht allzu oft nur gelegentlich/ nie	Ich blicke mit Freude in die Zukunft ja, sehr eher weniger als früher viel weniger als früher kaum bis gar nicht
Ich fühle mich glücklich überhaupt nicht selten manchmal meistens	Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand ja, tatsächlich sehr oft ziemlich oft nicht sehr oft überhaupt nicht
Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen ja, natürlich gewöhnlich schon nicht oft überhaupt nicht	Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio- oder Fernsehsendung freuen oft manchmal eher selten sehr selten

Abbildung 20: Fragebogen vier Wochen nach dem Eingriff – Seite 4

Vier Wochen NACH dem Eingriff

IES

Datum :

--	--	--	--	--	--

Praxis :

Codierung (Initialen und Geburtsdatum, z.B. AH 25.10.71)

... ..

Bitte tragen Sie ein, wie Sie sich **in der letzten Woche** gefühlt haben.

Überlegen Sie bitte nicht lange, sondern wählen Sie die Antwort aus, die Ihnen auf Anhieb am zutreffendsten erscheint.

	überhaupt nicht	selten	manchmal	oft
Ich fühlte mich erleichtert, dass alles vorbei ist.				
Es kam mir so vor, als ob ich noch mal eine Chance bekommen hätte, ganz neu anzufangen.				
Ich habe mich bei meinen Freunden oder meiner Familie sehr wohl gefühlt.				
Alles kam mir schon sehr weit weg vor.				
Ich fühlte mich persönlich gereifter.				
Ich dachte, dass ich den Anforderungen der nächsten Zeit gut gewachsen sein werde.				
Ich hatte große Lust, etwas zu unternehmen.				
Ich hatte große Lust, mir etwas Gutes zu tun.				
Ich glaube, dass ich mit dem Ereignis schon abgeschlossen habe.				
Ich war sicher, die richtige Entscheidung getroffen zu haben.				

Abbildung 21: Fragebogen vier Wochen nach dem Eingriff – Seite 5

Bitte tragen Sie auch auf dieser Seite ein, wie Sie sich **in der letzten Woche** gefühlt haben.

Die Fragen nach dem „Ereignis“ beziehen sich auf Ihren Schwangerschaftsabbruch. Überlegen Sie bitte nicht lange, sondern wählen Sie die Antwort aus, die Ihnen auf Anhieb am zutreffendsten erscheint.

	überhaupt nicht	selten	manchmal	oft
Ich dachte daran, ohne dass ich es wollte.				
Ich konnte mich nicht auf andere Dinge konzentrieren, weil mir das Ereignis ständig in den Sinn kam.				
Ich versuchte, mich nicht aufzuregen, wenn ich daran dachte.				
Ich versuchte, es aus meinem Gedächtnis zu streichen.				
Ich konnte weder einschlafen noch durchschlafen, weil sich mir Bilder oder Gedanken daran aufdrängten.				
Immer wieder kamen heftige Gefühle in Bezug auf das Ereignis auf.				
Ich träumte davon.				
Ich blieb allem fern, was mich daran erinnert.				
Ich hatte das Gefühl, als ob ich alles nur geträumt hätte.				
Ich versuchte, nicht darüber zu reden.				
Ich hatte das Ereignis immer wieder vor Augen.				
Alle möglichen Dinge erinnerten mich immer wieder daran.				
Es war mir bewusst, dass sich immer noch viele Gefühle damit verbinden, aber ich setzte mich nicht mit ihnen auseinander.				
Ich versuchte, nicht daran zu denken.				
Mit jeder Erinnerung kamen wieder die alten Gefühle hoch.				
Meine Gefühle in bezug auf das Ereignis waren wie abgestumpft.				

Lebenslauf

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name: Anke Hemmerling
Geburtsdatum: 25. Oktober 1971
Geburtsort: Brandenburg/Havel
Eltern: Silvia Hemmerling, Fachärztin für Allgemeinmedizin
Hartmut Hemmerling, Facharzt für Chirurgie und Anästhesie
Familienstand: ledig

SCHULBILDUNG

1978 – 1988 Polytechnische Oberschule “Friedrich Engels” in Lehnin/Mark
1988 – 1990 Erweiterte Oberschule “Thomas Müntzer” in Ziesar, Abitur

VORPRAKTIKUM

1990 – 1991 Intensivtherapiestation Klinikum “Ernst von Bergmann” in
Potsdam

STUDIUM DER HUMANMEDIZIN

1991 – 1999 Humboldt–Universität zu Berlin, Charité
1993 Physikum
1994 I. Staatsexamen
1997 II. Staatsexamen
1999 III. Staatsexamen

AUSLANDSAUFENTHALTE/ STIPENDIEN

1994 – 1995 Einjährige Studienreise in Mittel- und Südamerika
1996 ASA–Stipendium der Carl–Duisberg–Gesellschaft für Mitarbeit
in einem Primary Health Care Project von Health Unlimited im
Amazonasgebiet von Bolivien
1997 Praktikum in der Pädiatrischen Klinik des Projektes “Familias
de Esperanza” in Antigua, Guatemala
1998 PJ–Tertial in Gynäkologie/Geburtshilfe im Hospital Nacional in
Antigua, Guatemala
2003 - 2004 Masters of Public Health an der UC Berkeley, USA
2004 Masters-Thesis „A survey evaluating knowledge and
misconceptions around HIV/ AIDS in Guatemala”
since 2004 wissenschaftliche Mitarbeiterin an der School of Public Health,
UC Berkeley in California,

AUSZEICHNUNGEN

2001 Forschungspreis der DGPPG auf der XXX. Jahrestagung in
Aachen
2003 Promotionspreis des Deutschen Kollegiums für
Psychosomatische Medizin

BERUFSERFABUNG

2000 - 2001 Arbeit als Ärztin im Praktikum in der DRK Frauenklinik
Westend, Berlin
2001 - 2003 Assistenzärztin in der DRK Frauenklinik Westend, Berlin

Danksagung

Meiner Freundin **Julie Menschik**, auf deren Renovierungsleiter im Sommer 1999 die Idee zu dieser Arbeit entstand, als sie meinen enthusiastischen Monolog anlässlich der eben im Radio verkündeten Zulassung von Mifegyne® in Deutschland durch den Bundestag mit den Worten unterbrach, ich solle mit dieser Energie doch etwas Vernünftiges bewerkstelligen. Herrn Professor **Heribert Kentenich**, der sich folgend nicht lange bitten ließ, für dieses Thema als fachkundiger und engagierter Betreuer zur Verfügung zu stehen und mich seither stets wohlwollend gefördert und unterstützt hat. Meinen Doktormüttern **Friederike Siedentopf** und **Julia Beusch**, die als gestandene Gynäkologinnen und inspirierende Kolleginnen meine jugendliche Hybris in produktive Bahnen zu lenken wussten und einen großen Anteil an der Entwicklung des Fragebogens und der Aufarbeitung der Ergebnisse haben. Herrn **Matthias Rose**, der als psychosomatisch denkender Internist und Spezialist für Fragebögen und Studiendesign am Anfang der Arbeit die entscheidenden Untiefen und Hindernisse zu verorten und umschiffen half. Und der mit seiner zunächst absurd anmutenden Zeitplanung natürlich Recht behalten hat. Frau **Gerda Siebert** vom Institut für Medizinische Biometrie der Charité, die es mit ihren geduldigen Beratungen geschafft hat, mich als Medizinerin für Statistik zu begeistern. Jenem tückischen Yersinien-Stamm, welcher mit der ausgelösten hartnäckigen reaktiven Arthritis an den Fußgelenken im entscheidenden Moment jegliche Flucht in ein Dschungelprojekt zu vereiteln wusste, meine Zukunftsplanung umdirigierte und mich zu einer temporär sesshaften Assistenzärztin mit Promotionsvorhaben werden ließ. **Meinen Eltern**, die schon so einigen Zirkus ihrer Töchter mit stillem Bedenken uneingeschränkt unterstützt haben und immer den richtigen Zeitpunkt fanden, Vorzüge einer soliden akademischen Ausbildung plausibel zu machen. Da ihre eigenen, schon fertiggestellten Arbeiten in den siebziger Jahren den Promotionsordnungswirren der DDR zum Opfer fielen und heute in irgendeiner Dachbodenkiste noch immer Bedauern auslösen, ist diese Promotion in aller erster Linie auch ihnen gewidmet. Zuletzt, aber ganz besonders herzlich danken möchte ich allen Mitarbeiterinnen vom **Familienplanungszentrum Balance** sowie **Frau Dr. Halder, Herrn Dr. Hamann, Herrn Dr. Schöttler** und **Herrn Dr. Pett**, die engagiert und uneigennützig nicht nur die zahllosen Bögen ausfüllten, sondern auch die ersten Ärztinnen und Ärzte waren, die in den Anfangswirren nach der Zulassung dafür sorgten, dass den Frauen in Deutschland die Methode des medikamentösen Schwangerschaftsabbruches mit Mifepriston tatsächlich zugänglich wurde. Und natürlich **allen teilnehmenden Frauen**, die den Mut hatten, sich in umfangreichen Fragebögen intimen und oft schmerzlichen Nachfragen zu stellen, weil sie es wichtig fanden, zukünftig anderen Frauen eine auf persönliche Bedürfnisse optimal abgestimmte Behandlung zu ermöglichen.

Erklärung an Eides Statt

Ich erkläre an Eides Statt, dass die vorliegende Dissertation von mir selbst und ohne die unzulässige Hilfe Dritter verfasst wurde, auch in Teilen keine Kopie anderer Arbeiten darstellt. Alle genutzten Hilfsmittel sowie die verwendete Literatur sind vollständig angegeben.

Anke Hemmerling

Literaturverzeichnis

- [1] (1999): RU 486 - Sie kommt !, EMMA, Seite 24-27.
- [2] (1999): Induced abortion worldwide, The Alan Guttmacher Institute, 2002, 01.01.2002, <http://www.agi-usa.org>
- [3] Kulczycki, A (1999): The abortion debate in the world arena, New York.
- [4] Ewart, W. R. und Winikoff, B. (1998): Toward safe and effective medical abortion, Science (Band 281), Nr. 5376, Seite 520-1. URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=9705721
- [5] Tietze C, Henshaw SK (1986): Induced Abortion: A World Review 1986, sixth ed. Auflage, Alan Guttmacher Institute, New York.
- [6] Baulieu, E. E. (1986): RU 486. Die Abtreibungsspielle, Berlin Heidelberg New York.
- [7] Creinin, M. D. (2000): Medical abortion regimens: historical context and overview, Am J Obstet Gynecol (Band 183), Nr. 2 Suppl, Seite S3-9. URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=10944364
- [8] (2002): Schwangerschaftsabbruch. Mitteilungen für die Presse., Statistisches Bundesamt Wiesbaden, 2002, 01.01.2002, <http://www.destatis.de>
- [9] (2002): Abtreibungszahl fast konstant, tageszeitung (09.04.2002), Seite 8.
- [10] (2000): Abtreibungsspielle bringt Femagen Verluste, Mit der Pille nichts verdient, Da zahlen wir drauf, Süddeutsche Zeitung (11.07.2000), Seite 27,4,43.
- [11] (2000): Endlich da!, EMMA, Nr. Januar/Februar 2000, Seite 34-35.
- [12] (1999): Mifegyne ist da, die Wahlfreiheit fehlt, tageszeitung (14.12.1999), Seite 6.
- [13] (2000): Zu früh abgesetzt, Tagesspiegel (28.10.2000), Seite 2.
- [14] Bygdeman, M. (1990): Medical Methods to terminate early pregnancy, Baillières Clinical Ob & Gyn (Band 4 (2)), Seite 293-306.
- [15] Norman, J. E.; Thong, K. J.; Rodger, M. W. und Baird, D. T. (1992): Medical abortion in women of less than or equal to 56 days amenorrhoea: a comparison between gemeprost (a PGE1 analogue) alone and mifepristone and gemeprost, Br J Obstet Gynaecol (Band 99), Nr. 7, Seite 601-6. URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=1525104
- [16] Rosen, A. S.; von Knorring, K.; Bygdeman, M. und Christensen, N. J. (1984): Randomized comparison of prostaglandin treatment in hospital or at home with vacuum aspiration for termination of early pregnancy, Contraception (Band 29), Nr. 5, Seite 423-35. URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=6378516
- [17] Rosen, A. S.; Nystedt, L.; Bygdeman, M. und Lundstrom, V. (1979): Acceptability of a nonsurgical method to terminate very early pregnancy in comparison to vacuum aspiration, Contraception (Band 19), Nr. 2, Seite 107-17. URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=428228
- [18] Couzin, B.; Le Strat, N.; Ulmann, A.; Baulieu, E. E. und Schaison, G. (1986): Termination of early pregnancy by the progesterone antagonist RU 486 (Mifepristone), N Engl J Med (Band 315), Nr. 25, Seite 1565-70. URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=3785321
- [19] Göretzlehner, G (1993): Die vorzeitige Schwangerschaftsbeendigung im ersten und zweiten Trimenon mit Prostaglandinen, Somville T, Rath W, Prostaglandine Seite 52-55, Gräffelfing.
- [20] Cameron, I. T.; Michie, A. F. und Baird, D. T. (1986): Therapeutic abortion in early pregnancy with antiprogesterone RU486 alone or in combination with prostaglandin analogue (gemeprost), Contraception (Band 34), Nr. 5, Seite 459-68. URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=3816230
- [21] Rodger, M. W.; Logan, A. F. und Baird, D. T. (1989): Induction of early abortion with mifepristone (RU486) and two different doses of prostaglandin pessary (gemeprost), Contraception (Band 39), Nr. 5, Seite 497-502. URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=2656087

- [22] Cameron, I. T. und Baird, D. T. (1988): Early pregnancy termination: a comparison between vacuum aspiration and medical abortion using prostaglandin (16,16 dimethyl-trans-delta 2-PGE1 methyl ester) or the antiprogesterone RU 486, Br J Obstet Gynaecol (Band 95), Nr. 3, Seite 271-6. URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=3370199
- [23] Rodger, M. W. und Baird, D. T. (1987): Induction of therapeutic abortion in early pregnancy with mifepristone in combination with prostaglandin pessary, Lancet (Band 2), Nr. 8573, Seite 1415-8. URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=2891991
- [24] Silvestre, L.; Dubois, C.; Renault, M.; Rezvani, Y.; Baulieu, E. E. und Ulmann, A. (1990): Voluntary interruption of pregnancy with mifepristone (RU 486) and a prostaglandin analogue. A large-scale French experience, N Engl J Med (Band 322), Nr. 10, Seite 645-8. URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=2304490
- [25] Ulmann, A.; Silvestre, L.; Chemama, L.; Rezvani, Y.; Renault, M.; Aguilhaume, C. J. und Baulieu, E. E. (1992): Medical termination of early pregnancy with mifepristone (RU 486) followed by a prostaglandin analogue. Study in 16,369 women, Acta Obstet Gynecol Scand (Band 71), Nr. 4, Seite 278-83. URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=1322621
- [26] Hill, N. C.; Ferguson, J. und MacKenzie, I. Z. (1990): The efficacy of oral Mifepristone (RU 38,486) with a prostaglandin E1 analog vaginal pessary for the termination of early pregnancy: complications and patient acceptability, Am J Obstet Gynecol (Band 162), Nr. 2, Seite 414-7. URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=1689961
- [27] Baird, D. T.; Sukcharoen, N. und Thong, K. J. (1995): Randomized trial of misoprostol and cervagem in combination with a reduced dose of mifepristone for induction of abortion, Hum Reprod (Band 10), Nr. 6, Seite 1521-7. URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=7593528
- [28] Thong, K. J. und Baird, D. T. (1992): Induction of abortion with mifepristone and misoprostol in early pregnancy, Br J Obstet Gynaecol (Band 99), Nr. 12, Seite 1004-7. URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=1477003
- [29] Norman, J. E.; Thong, K. J. und Baird, D. T. (1991): Uterine contractility and induction of abortion in early pregnancy by misoprostol and mifepristone, Lancet (Band 338), Nr. 8777, Seite 1233-6. URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=1682644
- [30] Spitz, I. M.; Bardin, C. W.; Benton, L. und Robbins, A. (1998): Early pregnancy termination with mifepristone and misoprostol in the United States, N Engl J Med (Band 338), Nr. 18, Seite 1241-7. URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=9562577
- [31] Winikoff, B.; Sivin, I.; Coyaji, K. J.; Cabezas, E.; Xiao, B.; Gu, S.; Du, M. K.; Krishna, U. R.; Eschen, A. und Ellertson, C. (1997): Safety, efficacy, and acceptability of medical abortion in China, Cuba, and India: a comparative trial of mifepristone-misoprostol versus surgical abortion, Am J Obstet Gynecol (Band 176), Nr. 2, Seite 431-7. URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=9065194
- [32] McKinley, C.; Thong, K. J. und Baird, D. T. (1993): The effect of dose of mifepristone and gestation on the efficacy of medical abortion with mifepristone and misoprostol, Hum Reprod (Band 8), Nr. 9, Seite 1502-5. URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=8253942
- [33] Schaff, E. A.; Fielding, S. L.; Westhoff, C.; Ellertson, C.; Eisinger, S. H.; Stadalius, L. S. und Fuller, L. (2000): Vaginal misoprostol administered 1, 2, or 3 days after mifepristone for early medical abortion: A randomized trial, Jama (Band 284), Nr. 15, Seite 1948-53. URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=11035891
- [34] Ashok, P. W.; Penney, G. C.; Flett, G. M. und Templeton, A. (1998): An effective regimen for early medical abortion: a report of 2000 consecutive cases, Hum Reprod (Band 13), Nr. 10, Seite 2962-5. URL:

- http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=9804263
- [35] Hausknecht, R. U. (1995): Methotrexate and misoprostol to terminate early pregnancy, *N Engl J Med* (Band 333), Nr. 9, Seite 537-40. URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=7623901
- [36] Schaff, E. A.; Penmetsa, U.; Eisinger, S. H. und Franks, P. (1997): Methotrexate. A single agent for early abortion, *J Reprod Med* (Band 42), Nr. 1, Seite 56-60. URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=9018647
- [37] Creinin, M. D.; Vittinghoff, E.; Schaff, E.; Klaisle, C.; Darney, P. D. und Dean, C. (1997): Medical abortion with oral methotrexate and vaginal misoprostol, *Obstet Gynecol* (Band 90), Nr. 4 Pt 1, Seite 611-6. URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=9380325
- [38] Tribe, LH (1992): *Abortion: the Clash of Absolutes*, New York London.
- [39] Crichtlow, DT (1999): *Intended consequences: Birth Control, Abortion and the Federal Government in Modern America*, New York Oxford.
- [40] Brewer, C. (1977): Incidence of post-abortion psychosis: a prospective study, *Br Med J* (Band 1), Nr. 6059, Seite 476-7. URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=837169
- [41] Stotland, N. L. (1992): The myth of the abortion trauma syndrome, *Jama* (Band 268), Nr. 15, Seite 2078-9. URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=1404747
- [42] Barnett, W.; Freudenberg, N. und Wille, R. (1986): [Regional prospective study of psychiatric sequelae of legal abortion], *Fortschr Neurol Psychiatr* (Band 54), Nr. 4, Seite 106-18. URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=3710406
- [43] Bracken, M. B.; Klerman, L. V. und Bracken, M. (1978): Abortion, adoption, or motherhood: an empirical study of decision-making during pregnancy, *Am J Obstet Gynecol* (Band 130), Nr. 3, Seite 251-62. URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=623164
- [44] Cohen, L. und Roth, S. (1984): Coping with abortion, *J Human Stress* (Band 10), Nr. 3, Seite 140-5. URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=6520395
- [45] Henshaw, S. K. (1990): Induced abortion: a world review, 1990, *Int Fam Plann Persp* (Band 16), Nr. 2, Seite 59-65, 76. URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=11659334
- [46] Lazarus, A (1985): Psychiatric sequelae of legalized elective first trimester abortion, *J Psychosom Ob Gynaecol* (Band 4), Seite 141-150.
- [47] Robbins, J. M. und DeLamater, J. D. (1985): Support from significant others and loneliness following induced abortion, *Soc Psychiatry* (Band 20), Nr. 2, Seite 92-9. URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=4002025
- [48] Rogers, JL (1989): Psychological impact of abortion: methodological and outcomes summary of empirical research between 1966 and 1988, *Health Care Women Int* (Band 10), Nr. 4, Seite 347-76.
- [49] Zolse, G. und Blacker, C. V. (1992): The psychological complications of therapeutic abortion, *Br J Psychiatry* (Band 160), Seite 742-9. URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=1617354
- [50] Adler, N. E.; David, H. P.; Major, B. N.; Roth, S. H.; Russo, N. F. und Wyatt, G. E. (1990): Psychological responses after abortion, *Science* (Band 248), Nr. 4951, Seite 41-4. URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=2181664
- [51] Adler, N. E.; David, H. P.; Major, B. N.; Roth, S. H.; Russo, N. F. und Wyatt, G. E. (1992): Psychological factors in abortion. A review, *Am Psychol* (Band 47), Nr. 10, Seite 1194-204. URL:

- http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=1443858
- [52] Schleiss, L.; Mygind, K. A.; Borre, R. V. und Petersson, B. H. (1997): [Psychological consequences of induced abortion], *Ugeskr Laeger* (Band 159), Nr. 23, Seite 3603-6. URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=9206861
- [53] Cozzarelli, C. (1993): Personality and self-efficacy as predictors of coping with abortion, *J Pers Soc Psychol* (Band 65), Nr. 6, Seite 1224-36. URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=8295119
- [54] Major, B.; Cozzarelli, C.; Sciacchitano, A. M.; Cooper, M. L.; Testa, M. und Mueller, P. M. (1990): Perceived social support, self-efficacy, and adjustment to abortion, *J Pers Soc Psychol* (Band 59), Nr. 3, Seite 452-63. URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=2231279
- [55] Jürgensen, O (1985): Schwangerschaft als seelischer Konflikt, Fervers-Schorre, B, Psychosomatische Probleme in der Gynäkologie und Geburtshilfe 1985, Berlin.
- [56] Goebel, P (1984): Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft. (Ein Konfliktlösungsversuch?), Berlin Heidelberg New York Tokio.
- [57] Barnett, W (1985): Empirische Untersuchung zur psychiatrischen Verarbeitung des Schwangerschaftsabbruches aufgrund einer Notlagenindikation., Med Dissertation Univ Kiel, Kiel.
- [58] Mall-Haefeli, M (1982): Schwangerschaftsabbruch (eine Prospektivstudie des sozialmedizinischen Dienstes der Universitätsfrauenklinik Basel), Poettgen, H, Die ungewollte Schwangerschaft, Köln.
- [59] Merz, M (1979): Unerwünschte Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch in der Adoleszenz: eine psychoanalytische Untersuchung, Bern Stuttgart Wien.
- [60] Ludwig, A (1993): Seelische Verarbeitung des Schwangerschaftsabbruches, Petersen, P, Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe 1992/93, Berlin.
- [61] Poettgen, H (1982): Die ungewollte Schwangerschaft, Köln.
- [62] Amtenbrink, B (1989): Der Schwangerschaftsabbruch im Erleben des ausführenden Arztes, Med Dissertation, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover.
- [63] Blaschke, C (1988): Mann und Schwangerschaftsabbruch, Teichmann, AT, Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe 1988, Berlin.
- [64] Claassen, M (1989): Erlebnisse und Erfahrungen von Ärztinnen und Ärzten, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, Med Dissertation, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover.
- [65] Petersen, P (1995): Seelische Verarbeitung des Schwangerschaftsabbruchs bei der Frau, Geburtshilfe Frauenheilkd (Band 55), Nr. 11, Seite M143-45.
- [66] Petersen, P (1987): Todesbewußtsein und Zwischenmenschlichkeit beim Schwangerschaftsabbruch, Z Geburtsh U Perinat (Band 191), Seite 47-54.
- [67] Petersen, P (1984): Schwangerschaftsabbruch und Todesbewußtsein, Jürgensen, O, Psychosomatische Probleme in der Gynäkologie und Geburtshilfe 1984, Berlin.
- [68] Bachelot, A.; Cludy, L. und Spira, A. (1992): Conditions for choosing between drug-induced and surgical abortions, *Contraception* (Band 45), Nr. 6, Seite 547-59. URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=1617964
- [69] Tang, G. W.; Lau, O. W. und Yip, P. (1993): Further acceptability evaluation of RU486 and ONO 802 as abortifacient agents in a Chinese population, *Contraception* (Band 48), Nr. 3, Seite 267-76. URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=8222656
- [70] Urquhart, D. R. und Templeton, A. A. (1991): Psychiatric morbidity and acceptability following medical and surgical methods of induced abortion, *Br J Obstet Gynaecol* (Band 98), Nr. 4, Seite 396-9. URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=2031899
- [71] Holmgren, K. (1992): Women's evaluation of three early abortion methods, *Acta Obstet Gynecol Scand* (Band 71), Nr. 8, Seite 616-23. URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=1336921
- [72] Henshaw, R. C.; Naji, S. A.; Russell, I. T. und Templeton, A. A. (1993): Comparison of medical abortion with surgical vacuum aspiration: women's preferences and acceptability of treatment, *Bmj* (Band 307), Nr. 6906, Seite 714-7. URL:

- http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=8401094
- [73] Henshaw, R.; Naji, S.; Russell, I. und Templeton, A. (1994): Psychological responses following medical abortion (using mifepristone and gemeprost) and surgical vacuum aspiration. A patient-centered, partially randomised prospective study, *Acta Obstet Gynecol Scand* (Band 73), Nr. 10, Seite 812-8. URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=7817735
- [74] Henshaw, R. C.; Naji, S. A.; Russell, I. T. und Templeton, A. A. (1994): A comparison of medical abortion (using mifepristone and gemeprost) with surgical vacuum aspiration: efficacy and early medical sequelae, *Hum Reprod* (Band 9), Nr. 11, Seite 2167-72. URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=7868693
- [75] Slade, P.; Heke, S.; Fletcher, J. und Stewart, P. (1998): A comparison of medical and surgical termination of pregnancy: choice, emotional impact and satisfaction with care, *Br J Obstet Gynaecol* (Band 105), Nr. 12, Seite 1288-95. URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=9883920
- [76] Mamers, P. M.; Lavelle, A. L.; Evans, A. J.; Bell, S. M.; Rusden, J. R. und Healy, D. L. (1997): Women's satisfaction with medical abortion with RU486, *Med J Aust* (Band 167), Nr. 6, Seite 316-7. URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=9322777
- [77] Spek, PC (2000): Antigestagene als Abtreibungsmethode: Leichtfertiger Umgang mit ungeborenem Leben oder medizinischer Fortschritt?, Neu-Isenburg.
- [78] Cadepond, F.; Ulmann, A. und Baulieu, E. E. (1997): RU486 (mifepristone): mechanisms of action and clinical uses, *Annu Rev Med* (Band 48), Seite 129-56. URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=9046951
- [79] Brähler E, Felder H, Florin I, Tuschen B (1993): Soziodemographischer Fragebogen (SOZIO-DAT), Unveröffentlichtes Arbeitspapier, Leipzig
- [80] Herrmann C, Buss U, Snaith RP (1995): HADS-D: Hospital Anxiety and Depression Scale - Deutsche Version, Verlag Hans Huber, Bern Göttingen Toronto Seattle.
- [81] Horowitz, M.; Wilner, N. und Alvarez, W. (1979): Impact of Event Scale: a measure of subjective stress, *Psychosom Med* (Band 41), Nr. 3, Seite 209-18. URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=472086
- [82] Ferring D, Filipp SH (1991): Die Skala zur Erfassung von Ereignisbelastungsreaktionen: Reliabilität, Validität und Stabilität. Forschungsbericht Nr. 30 (Band Forschungsbericht Nr. 30), Projekt Psychologie der Krankheitsbewältigung, Universität Trier, FB I - Psychologie, Trier.
- [83] Ferring D, Filipp SH (1994): Teststatistische Überprüfung der Impact of Event - Skala: Befunde zu Reliabilität und Stabilität., *Diagnostica* (Band 40), Nr. 4, Seite 344-63.
- [84] Zigmond, A. S. und Snaith, R. P. (1983): The hospital anxiety and depression scale, *Acta Psychiatr Scand* (Band 67), Nr. 6, Seite 361-70. URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=6880820
- [85] Salvesen, K. A.; Oyen, L.; Schmidt, N.; Malt, U. F. und Eik-Nes, S. H. (1997): Comparison of long-term psychological responses of women after pregnancy termination due to fetal anomalies and after perinatal loss, *Ultrasound Obstet Gynecol* (Band 9), Nr. 2, Seite 80-5. URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=9132260
- [86] Mund, M (2001): Der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch mit Mifepriston, *Frauenarzt* (Band 42), Nr. 9, Seite 952-5.
- [87] Tornbom, M.; Ingelhammar, E.; Lilja, H.; Svanberg, B. und Moller, A. (1999): Decision-making about unwanted pregnancy, *Acta Obstet Gynecol Scand* (Band 78), Nr. 7, Seite 636-41. URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=10422912
- [88] Tornbom, M.; Ingelhammar, E.; Lilja, H.; Moller, A. und Svanberg, B. (1994): Evaluation of stated motives for legal abortion, *J Psychosom Obstet Gynaecol* (Band 15), Nr. 1, Seite 27-33. URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=8038886
- [89] West, R (1990): Taking Freedom Seriously, *Harvard Law Review* (Band 43), Seite 43-6.

- [90] Schmidt-Gollwitzer M, Schmidt-Gollwitzer K (1989): Schwangerschaftsabbruch, H, Schmidt-Matthiesen, Klinik der Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Bd.3 (Band 3) Seite 161, München.
- [91] Tzonou, A.; Hsieh, C. C.; Trichopoulos, D.; Aravandinos, D.; Kalandidi, A.; Margaritis, D.; Goldman, M. und Toupadaki, N. (1993): Induced abortions, miscarriages, and tobacco smoking as risk factors for secondary infertility, J Epidemiol Community Health (Band 47), Nr. 1, Seite 36-9. URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=8436890
- [92] Infante-Rivard, C. und Gauthier, R. (1996): Induced abortion as a risk factor for subsequent fetal loss, Epidemiology (Band 7), Nr. 5, Seite 540-2. URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=8862989
- [93] Martius, J. A.; Steck, T.; Oehler, M. K. und Wulf, K. H. (1998): Risk factors associated with preterm (<37+0 weeks) and early preterm birth (<32+0 weeks): univariate and multivariate analysis of 106 345 singleton births from the 1994 statewide perinatal survey of Bavaria, Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol (Band 80), Nr. 2, Seite 183-9. URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=9846665
- [94] Hogue, C. J. (1986): Impact of abortion on subsequent fecundity, Clin Obstet Gynaecol (Band 13), Nr. 1, Seite 95-103. URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=3519040
- [95] Harper, C.; Winikoff, B.; Ellertson, C. und Coyaji, K. (1998): Blood loss with mifepristone--misoprostol abortion: measures from a trial in China, Cuba and India, Int J Gynaecol Obstet (Band 63), Nr. 1, Seite 39-49. URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=9849710
- [96] Thong, K. J.; Dewar, M. H. und Baird, D. T. (1992): What do women want during medical abortion?, Contraception (Band 46), Nr. 5, Seite 435-42. URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=1458890
- [97] Freudenberg, N. und Barnett, W. (1988): [Relationships following legal abortion--a longitudinal comparative study], Fortschr Neurol Psychiatr (Band 56), Nr. 9, Seite 300-18. URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=3220421
- [98] Elklit, A. (1997): The aftermath of an industrial disaster, Acta Psychiatr Scand Suppl (Band 392), Seite 1-25. URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=9284976
- [99] Goebel, P (1985): Katamnestic Erhebungen an Patientinnen nach Schwangerschaftsabbruch, Fervers-Schorre, B, Psychosomatische Probleme in der Gynäkologie und Geburtshilfe 1985, Berlin Heidelberg New York Tokio.
- [100] Seitz, R (1992): Mein Bauch gehört mir? Schwangerschaftsabbruch als Möglichkeit weiblicher Autonomie., München.
- [101] Knopf M, Mayer E, Meyer E (1995): Traurig und befreit zugleich. Psychische Folgen des Schwangerschaftsabbruches, Reinbek.
- [102] Petersen, P (1991): Schwangerschaftsabbruch - unser Bewußtsein vom Tod im Leben., Bernauer, U, Kinderwunsch - Wunschkind, Freiburg.
-